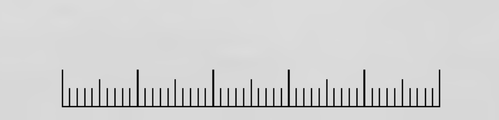


L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES DYSMORPHOSES COMPLIQUÉES DE L'OCCLUSION DENTAIRE ET DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

Par A. Beauregardt

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 *mai* 1943*)*

616.314 089.23

Dans une récente communication, j'ai exposé pourquoi il convenait de distinguer les dysmorphoses statiques ou squelettiques des dysmorphoses cinématiques ou articulaires.

Si nous possédons de bonnes méthodes pour reconnaître les premières, nous sommes moins documentés pour distinguer la plupart des secondes.

Les phénomènes qui caractérisent les dysmorphoses articulaires ou cinématiques, ce sont les dérèglements articulaires plus ou moins marqués, symétriques ou non, dans l'un des trois sens, quand l'arcade inférieure est au contact occlusal fonctionnel, c'est-à-dire d'articulé ou d'occlusion, et, quelles que soient les malocclusions concomittantes.

On peut distinguer six sortes de malpositions mandibulaires :

1° dans le sens antéro-postérieur : les Antépositions, les Rétropositions ;

2° dans le sens transversal : les Latéropositions droite ou gauche ;

3° dans le sens vertical : les Infrapositions, les Suprapositions.

Diagnostic des antépositions mandibulaires. — Le diagnostic des antépositions mandibulaires a été très étudié dans une monographie sur les Pseudo-Prognathies, présentée par le Dr de Névrezé et ses collaborateurs de l'Ecole Dentaire de Paris. Toutefois, la règle essentielle du diagnostic des malocclusions n'a pas été précisée. Elle sera indiquée aux conclusions de cette étude.

Diagnostic des rétropositions mandibulaires. — Selon G. Villain, la Rétroposition mandibulaire se présente chez les très jeunes sujets qui sucent leurs doigts. Le signe pathognomonique, c'est le déplacement distal et horizontal de la mandibule ; le condyle est perceptible contre le tragus. Ces conditions se retrouvent chez l'édenté. Le diagnostic des malocclusions est précisé aux conclusions, qui sont communes à plusieurs malpositions mandibulaires.

Diagnostic des latéropositions mandibulaires. — Dans le *Memento Orthodontique de* 1937, nous avions, avec le Dr de Névrezé, substitué aux termes de diduction mandibulaire, indiqué pour la première fois par G. Villain, en 1909, de latéroglissement par Frey, G. Villain et Lemière, en 1910, celui de *Latéroposition mandibulaire,* parce qu'il est plus conforme aux règles de la terminologie, à la clinique, à l'étiologie, à la pathogénie et à la thérapeutique.

Du point de vue anatomo-pathologique et statique, cette anomalie est caractérisée :

1° par la position anormale à droite ou à gauche du plan sagittal médian, de toute mandibule dont le corps est de forme et de volume normaux ;

2° par des malocclusions dentaires multiples.

Elles se différencient nettement des Latérognathies, bien que celles-ci présentent les mêmes signes objectifs (déformations faciales et malocclusions dentaires). Le corps mandibulaire est modifié par hyper- ou hypotrophie unilatérale constitutionnelle, ou par fracture (avec ou sans perte de substance), ou par dysfonction d'origine nerveuse.

La Latéroposition est donc bien individualisée, sa nature exige une méthode de diagnostic et un traitement qui lui soient propres.

Les Latéropositions et les Latérognathies ont été longtemps confondues parce que les observateurs n'ont pas tenu compte de la *banale subluxation bi-condylienne,* conditionnée d'un côté par la translation en bas, en avant et en dedans d'un condyle, et, de l'autre côté, par la rotation du condyle autour d'un axe passant par, ou proche, le point glénoïdien.

* * *

Depuis l'observation princeps de G. Villain, en 1909, plusieurs auteurs ont étudié les déplacements latéraux de la mandibule. Leurs travaux ont été rassemblés et confrontés par A. Besombes dans une communication présentée au Congrès d'Orthopédie de Paris, en 1937. Andresen, dans son système norvégien d'orthopédie, présente une observation n° 523 (page 322, de *l'Orthodontie française,* volume 13) qui nous renseigne sur ses procédés de diagnostic.

Malgré les constatations, combien légitimes de P. Housset sur la fréquence des Latéropositions ou déviations latérales mandibulaires, il est curieux de constater que les éléments essentiels du diagnostic, du traitement orthopédique et du pronostic n'aient pas retenu l'attention des praticiens, tant français qu'étrangers (pour autant que les publications de ces derniers nous soient parvenues).

Il serait superflu de reprendre les notions classiques, aussi n'exposerons-nous que ce que nos observations nous ont permis de remarquer, pour établir un diagnostic réel et complet.

La notion précise de plan sagittal médian est d'importance. — Contrairement à ce que l'on est tenté de croire, le plan sagittal médian de tous les êtres vivants est en réalité une surface sinueuse. Profilé sur les trois plans classiques, il présente les mêmes caractères.

C'est à la téléradiographie et aux travaux de de Coster, en particulier, que l'étude du plan sagittal médian a été plus étendue. Il est limité : pour le crâne, par les points du vertex et de la région occipitale ; pour la face, par tous les points profilaires tégumentaires auxquels correspondent des points osseux ; pour les régions intra-céphaliques, par le turcion, le basion et l'opisthion ; pour la cavité buccale, par les freins supérieurs et inférieurs, les interlignes incisives, supérieure et inférieure, et le raphépalatin. Les points profilaires tégumentaires et intra-buccaux sont perceptibles directement. Les autres sont révélés par la téléradiographie.

Bien que ne possédant pas nos connaissances, les anciens anthropologistes et les orthopédistes avaient bien observé que la tête humaine n'est pas symétrique. Le côté gauche est normalement moins développé que le côté droit. Cette dyssymétrie est expliquée tout spécialement par des causes circulatoires. En conséquence, les organes de la face et les téguments ne sont semblables en position ni en dimension. Le Dr de Coster a parfaitement démontré, avec la méthode des réseaux et l'anamorphose, qu'il n'y avait ni point, ni plan commun entre les individus. Le Dr Fernex, étudiant le crâne sec, arrive aux mêmes conclusions.

Cette absence de rectitude géométrique donne une expression plus variée aux sentiments humains. — Des images, des objets trop réguliers, sont tristes, froids, sans vie. C'est ce qui donne tant de prix aux objets ouvrés par la main de l'homme plutôt que par l'automatisme des machines. Il est donc vain de vouloir reconnaître les dyssymétries de la région inférieure de la face en prenant pour repère un plan sagittal médian rectiligne et perpendiculaire par un point (tel que le nasion) au plan horizontal de Francfort. Nous sommes donc contraints de ne tenir compte que des éléments biologiques tels qu'ils se présentent.

En présence d'une mandibule simplement déviée à droite ou à gauche, nous ne pouvons que rechercher l'équilibre des masses latérales de la région mandibulaire avec les masses faciales naso-frontales en faisant reprendre aux condyles leur place dans leur loge glénoïdienne, et en faisant coïncider les freins et les interlignes incisives des arcades.

La ligne médiane obtenue, bien que légèrement incurvée, doit être considérée comme normale, si les masses tégumentaires sont équilibrées.

Il est des cas d'espèces, comme ceux que présentent les sujets porteurs de fissures labio-maxillaires pour lesquels on ne tient pas compte du trouble local particulier.

Il ne faut pas en conclure que les pratiques habituelles soient à rejeter, mais qu'il ne faut pas les appliquer à la lettre. Il faut penser et agir en biologiste, c'est-à-dire en considérant toujours les conditions naturelles et particulières individuelles.

Diagnostic de la latéroposition mandibulaire. — Tous les cliniciens connaissent les rapports invraisemblables, tant ils sont exagérément anormaux, que présentent les arcades entre elles, quand la mandibule est sub-luxée à droite ou à gauche. Ces rapports à l'état d'occlusion ou articulé pathologique ont été décrits et bien définis ; dans le sens mésio-distal, vestibulo-lingual et vertical. Ici s'arrêtent les données classiques. Constatons leur insuffisance pour établir le diagnostic réel des dysmorphoses mandibulaires. Cette insuffisance nous a été souvent confirmée par l'embarras qu'éprouvaient des confrères, bien entraînés aux diagnostics des dysmorphoses, quand nous leur demandions de définir les signes cliniques de la Latéroposition Mandibulaire.

L'analyse anatomo-pathologique montre que :

La Latéroposition Mandibulaire est le produit de deux lésions :

l'une de nature articulaire ou cinématique ;

l'autre de nature (squelettique) dentaire, statique.

La règle essentielle pour reconnaître exactement la nature du trouble articulaire, cinématique, c'est le retour des condyles dans les cavités glénoïdes. Avec ce retour articulaire coïncide l'équilibre des masses tégumentaires, compte tenu des dépressions et saillies d'ordre squelettique.

La règle essentielle pour reconnaître exactement la nature du trouble squelettique dentaire ou statique, c'est l'examen de l'articulé *après la réduction condylienne.*

Ces deux règles sont vraies pour toutes les dysmorphoses qui sont accompagnées de troubles limités de l'articulation Temporo-mandibulaire.

Le diagnostic ne peut être obtenu en examinant une photographie. Il importe d'examiner le sujet directement et de pratiquer les réductions nécessaires qui sont très faciles à obtenir.

Quand le sujet ouvre la bouche, les condyles mandibulaires, sous l'action musculaire des abaisseurs et des rétropulseurs, reprennent leur place dans les cavités glénoïdes. Inversement, à la fermeture de la cavité buccale, quand les dents de l'arcade inférieure entrent en contact avec celles de l'arcade supérieure, la mandibule est dirigée dans le sens imposé par les plans inclinés cuspidiens, faussement orientés.

Les déplacements condyliens sont perceptibles à la vue. Ils se révèlent aux doigts placés dans les conduits auditifs.

Le retour de la mandibule à sa place normale, l'équilibration des masses tégumentaires, le caractère vraisemblable des malocclusions établissent les signes pathognomoniques de la Latéroposition Mandibulaire.

Ces caractères ne se rencontrent pas dans la Latérognathie parce qu'il n'y a pas de déplacement mandibulaire, ni d'équilibration possible des organes de la face, ni de modifications occlusales.

Le signe cardinal de la Latérognathie, c'est un degré d'antégnathie mandibulaire (ou prognathie) et de hauteur naso-mentonnière exagérée quand on provoque le déplacement latéral de la mandibule.

Mais il faut distinguer les cas dans lesquels coexistent à divers degrés la Latéroposition et la Latérognathie.

Diagnostic des malocclusions concomittantes. — Le premier examen est pratiqué sur le sujet, mais il faut avoir recours à des moulages montés en occlusion corrigée pour examiner, en détail, les rapports des dents et des arcades.

Il convient de faire mordre le patient, après la réduction de la subluxation, sur des maquettes de cire placées sur les arcades dentaires. Ces maquettes serviront de tuteurs aux moulages jusqu'à la fixation définitive de leurs rapports.

Formes cliniques. — Parmi la multitude des malocclusions qui peuvent être observées et quelles que soient les conditions physio-pathologiques particulières, telles que la denture, le type calcique et les signes généraux de toutes natures, les malocclusions peuvent être étudiées :

Suivant l'époque : à la période de denture temporaire, à la période de transition, à la période de formation de la denture permanente, et chez l'adulte.

Suivant leur siège : du côté lésé,
du côté opposé à la lésion,
à la région incisive : à la mandibule et au maxillaire ;
et enfin, quand elles sont compliquées, dans les autres sens.

A. — Du côté de la déviation : au maxillaire supérieur ou à la mandibule, on constate :

a) Linguoclusion unilatérale transversale de l'arc prémolaire et molaire.

(Linguoclusion transversale par absence de prémolaire ou de molaire, extraction précoce, agenésies, canine ou prémolaire en dehors ou en dedans de l'arcade ou en infraposition intra-alvéolaire) ;

b) du côté opposé à la déviation : au maxillaire supérieur et à la mandibule :

Linguoclusion des prémolaires et molaires, d'importance variable ;

c) à la région incisive : au maxillaire supérieur :

du côté dévié : Linguoclusion unilatérale de D^1 ou G^1, de D^2 G^2 à D^3 à G^3, par groupe ou séparé (on note aussi de la mésioclusion) ;

à la mandibule :

mésioclusion des incisives du côté opposé : Les Dystopies incisives se présentent avec un engrènement en quinconce des incisives supérieures et inférieures ;

d) Vestibulocclusion unilatérale sur l'une ou l'autre arcade, coïncidant avec de la Linguoclusion.

Toutes ces anomalies de la région, incisive et molaire peuvent ou non coexister à des degrés divers. Elles sont fréquemment accompagnées de supraclusion des incisives, ou de mésio- ou distoclusion des molaires, ou d'infraclusion molaire mono- ou bi-maxillaire, chez les sujets dont les

dimensions verticales de la face sont réduites. Les dents surnuméraires, en déséquilibrant l'articulé dentaire, peuvent déterminer la Latéroposition.

Enfin, ce que l'on sait de la pathologie et de la pathogénie des troubles ostéo-musculaires et méniscaux de l'articulation Temporo Mandibulaire, nous autorise à penser qu'une Latéroposition longuement entretenue, peut dégénérer en Latérognathie (par déformation osseuse et adaptation musculaire et fonctionnelle progressive). A un déséquilibre originel, correspond ainsi des déséquilibres opposés, beaucoup plus importants.

Il faut retenir tout spécialement, la *Latéroposition* qui *débute chez l'enfant entre* 7 *et* 10 *ans*, depuis l'éruption des incisives permanentes, jusqu'à celle des prémolaires.

A ce moment, les organes dentaires sont en évolution continue. Leurs rapports fonctionnels sont en constante adaptation. La moindre irrégularité retentira sur l'ensemble du système dentaire tant il est vrai que, d'après G. Villain, « la moindre irrégularité dans l'espace et dans le temps de l'un des facteurs de l'appareil dentaire retentit sur tous les autres, tant ils sont étroitement et harmonieusement combinés ».

L'enchevêtrement vicieux des malocclusions individuelles s'accroissant de plus en plus, il importe de les démêler au plus vite, si l'on n'a pu les prévoir et compenser les déséquilibres de l'articulé, pour éviter la rupture du complexe anatomique de P. Robin ou physiologique de de Névrezé.

La Latéroposition Mandibulaire fruste de la denture permanente est excessivement fréquente. — La lèvre inférieure est très légèrement déplacée, les masses faciales jugales sont un peu inégales, les signes bucco-dentaires sont en rapport, et se traduisent par la déviation peu accusée des freins et des lignes inter-incisives. Des malocclusions peu marquées au niveau des molaires accompagnent ces anomalies. Cette forme passe souvent inaperçue et parfois s'accentuera rapidement.

Chez l'adulte, la Latéroposition Mandibulaire n'est pas rare. Elle se présente sur les sujets qui ont perdu des dents, molaires principalement. Nous pouvons citer le cas particulier de Latéroposition Mandibulaire consécutive à l'égression d'une molaire supérieure droite, pyorrhéique, qui interdisait les mouvements de diduction à droite.

Pour l'étude et le traitement, les malocclusions des dentures temporaires et permanentes qui accompagnent la Latéroposition peuvent être résumées comme suit :

1° Linguoclusion unilatérale des incisives centrales, ou des latérales ou des canines supérieures, ensemble ou séparées ;

2° Linguoclusion transversale : unilatérale au maxillaire supérieur ;

3° Linguoclusion transversale : bi-maxillaire non symétrique opposée ;

4° Vestibuloclusion transversale associée à la linguoclusion transversale, unilatérale ou non symétrique, mono- ou bi-maxillaire.

Ces quatre formes analytiques essentielles étaient à préciser pour l'étiologie et la pathogénie. (Voir fig. I, II, III, IV.)

Diagnostic de l'infraposition mandibulaire. — L'infraposition mandibulaire, c'est la position anormale de la mandibule lorsque son déplacement vertical autour d'un axe, passant par le condyle, c'est-à-dire au cours du troisième temps, selon le Dr Dubecq, ne s'effectue pas complètement.

Ces troubles limités de l'articulation se rencontrent chez l'enfant au cours de la croissance, dès que des malocclusions verticales déterminent l'augmentation de la hauteur naso-mentonnière.

Il nous a été donné d'observer une infraposition mandibulaire accidentelle chez un adulte. Il s'agissait d'un homme, jeune encore, qui était venu à la consultation d'Orthopédie de l'Ecole Dentaire de Paris, parce que ses incisives n'avaient plus de rapport d'occlusion depuis que deux bridges latéraux étendus avaient été posés. Dès que les bridges eurent été suppri-

Diagnostic des Dysmorphoses

Fig. I. — *Première forme* : Linguoclusion unilatérale des incisives centrales, latérales canines, ensemble ou séparées.

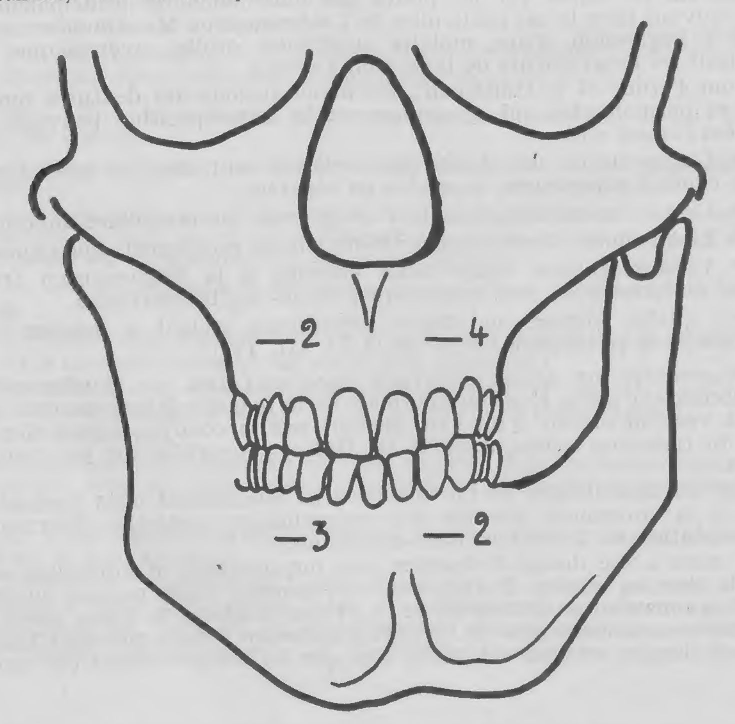


Fig. III. — *Troixième forme* : Linguoclusion transversale, non symétrique bi-maxillaire.

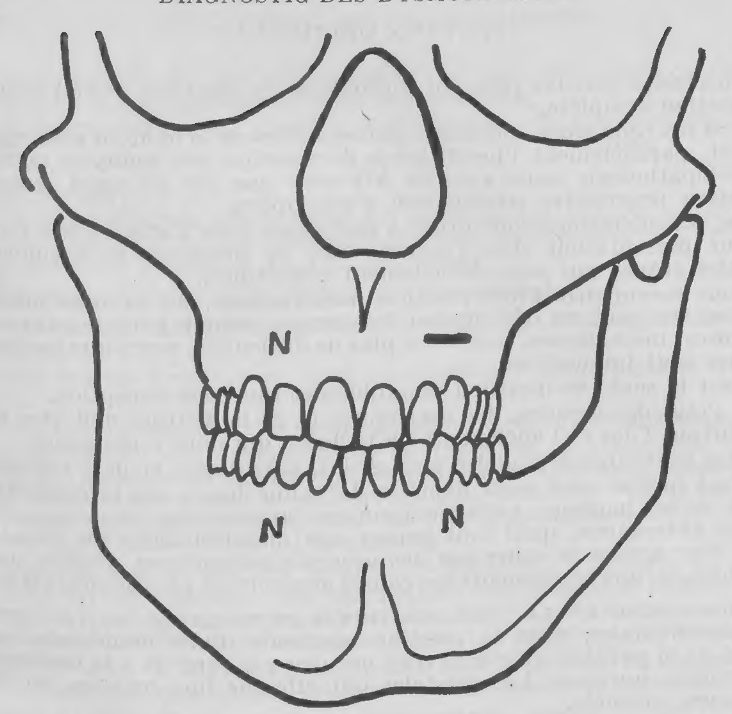


Fig. II. — *Deuxième forme* : Linguoclusion transversale unilatérale du maxillaire supérieur.

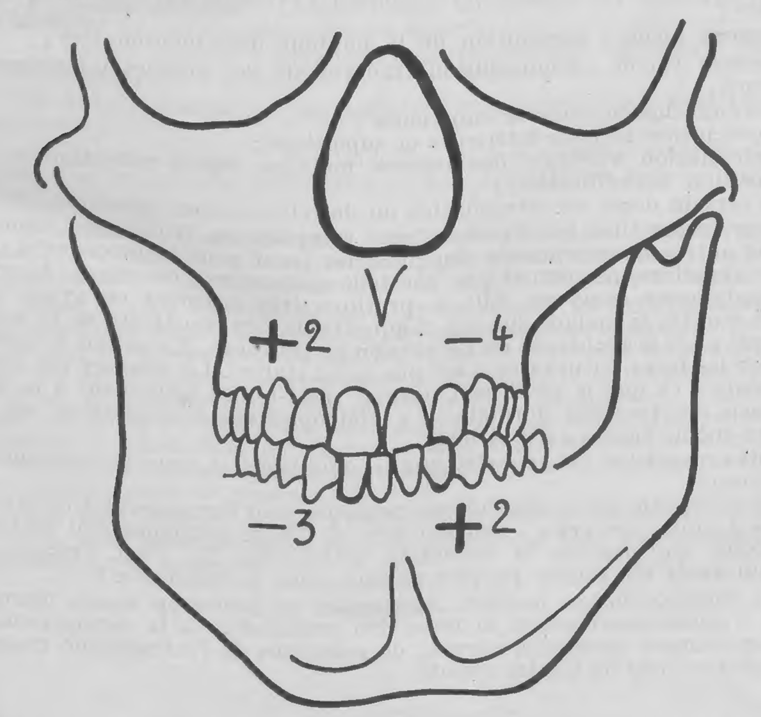


Fig. IV. — *Quatrième forme* : Vestibuloclusion transversale associée à la linguoclusion transversale unilatérale ou non symétrique, mono ou bi-maxillaire.

més, l'occlusion incisive redevint normale et les condyles purent accomplir leur rotation complète.

Si les conditions anormales provocatrices de la hauteur naso-mentonnière, et, parallèlement l'insuffisance de rotation des condyles persistent, la physiopathologie nous autorise à penser que sur un sujet jeune, une adaptation progressive irréductible s'accomplira.

Ces considérations sont utiles à distinguer pour l'analyse des troubles, dès leur présentation chez l'enfant, afin de prévenir les dysmorphoses verticales graves qui sont difficilement réductibles.

Pour reconnaître l'infraposition mandibulaire, un examen minutieux s'impose. On peut en décomposer les temps, comme pour les autres dysmorphoses cinématiques, mais avec plus de difficultés, parce que les épreuves cliniques sont impossibles.

C'est la seule malposition mandibulaire qui fasse exception.

Si l'état des arcades, des maxillaires et de la denture doit être retenu, c'est surtout *l'âge* et l'ancienneté de la lésion qui nous renseignera.

Plus le trouble articulaire sera récent, plus il sera facile à réduire.

C'est précisément pour dépister de bonne heure ces terribles dysmorphoses avec hauteur naso-mentonnière augmentée, accompagnées de béances antérieures, qu'il faut penser aux manifestations du début, pour tenter d'en arrêter le cours par des procédés mécaniques simples, associés, bien entendu, aux traitements des causes générales et proximales, s'il y a lieu.

Diagnostic de la supraposition mandibulaire. — La supraposition mandibulaire, c'est la position anormale d'une mandibule normale au delà de la position qu'elle devrait occuper par rapport à la hauteur naso-mentonnière normale. Les condyles ont effectué une rotation au delà de leur course normale.

De telles conditions sont l'apanage des édentés, mais elles se présentent à un degré beaucoup moindre chez l'enfant qui présente les lésions classiques suivantes :

Examen facial : diminution de la hauteur naso-mentonnière ;

Examen buccal : linguoclusion transversale des arcades inférieure et supérieure ;

vestibuloclusion incisive supérieure ;

supraclusion incisive inférieure et supérieure ;

l'infraclusion verticale des régions molaires (après réduction de la supraposition mandibulaire) ;

un certain degré de rétrognathie ou de rétroposition mandibulaire.

Pour reconnaître ces dysmorphoses compliquées, il convient, comme pour les autres dysmorphoses cinématiques (sauf pour la précédente qui, par son caractère, ne permet pas une telle manœuvre), de réduire la rotation condylienne exagérée. Elle se pratique très aisément en ayant soin de faire mordre le malade sur une maquette de cire construite de la même façon que pour la recherche de l'occlusion en prothèse. (Le simple bourrelet placé sur les faces triturantes n'est pas assez stable). La morsure est continuée jusqu'à ce que le profil soit normal, c'est-à-dire équivalent à la hauteur naso mentonnière normale. (La Rétroposition mandibulaire est réduite en même temps s'il y a lieu).

Cette maquette est reportée sur les moulages et ceux-ci sont montés en occluseur.

Le diagnostic des malocclusions dentaires peut être observé très exactement, « il saute aux yeux » peut-on dire, et diffère complètement de l'état d'occlusion qui précède la réduction articulaire. Et, c'est précisément celui qui avait été retenu jusqu'à présent pour le diagnostic !!

La supra-occlusion incisive (apparente) est beaucoup moins marquée qu'elle n'apparaissait avant la réduction articulaire. A la région molaire, où l'engrènement paraissait normal, on remarque de l'infraclusion molaire, qui siège sur l'une ou l'autre arcade.

Le diagnostic de ces malocclusions ne peut être entrepris qu'après réduction de la position anormale de la mandibule.

La supraposition est souvent accompagnée de rétroposition mandibulaire.

* * *

En résumé :

Les dysmorphoses compliquées des troubles statiques ou squelettiques auxquels s'ajoutent des troubles cinématiques ou articulaires doivent être distinguées pour l'étude et pour le traitement.

Les dysmorphoses cinématiques de la mandibule sont :

Dans le sens Antéro-Postérieur : les Anté- et Rétropositions mandibulaires ;

Dans le sens Transversal : les Latéropositions mandibulaires droite et gauche ;

Dans le sens vertical : les Infra- et Suprapositions mandibulaires.

Le diagnostic des dysmorphoses compliquées, squelettiques et articulaires, est essentiellement clinique et extrêmement simple. Etant donné que ces dysmorphoses sont le produit de deux facteurs, l'un de l'articulation, l'autre de l'articulé, la méthode la plus rationnelle pour reconnaître la nature des dysmorphoses est la suivante :

Quel que soit le sens des troubles articulaires, il importe de réduire d'abord ce ou ces troubles, avec des manœuvres propres à chacun d'eux. Ensuite, on peut procéder au diagnostic des malocclusions réelles, qui diffèrent de celles qui se présentaient avant la réduction articulaire.

Dans le sens A. P. les malocclusions sont beaucoup moins marquées après la réduction des Antépositions et Rétropositions mandibulaires.

Dans le Sens Transversal, on peut retenir quatre formes cliniques essentielles :

1° Forme clinique : Linguoclusion unilatérale des incisives centrales ou latérales ou canines ensemble ou séparées ;

2° Forme clinique : Linguoclusion transversale unilatérale du maxillaire supérieur ;

3° Forme clinique : Linguoclusion transversale, non symétrique, bimaxillaire ;

4° Forme clinique : Vestibuloclusion transversale associée à la linguoclusion tranversale, unilatérale ou non symétrique, mono- ou bi-maxillaire.

Ces quatre formes cliniques vont nous permettre d'entreprendre une étude plus complète de leur étiologie, pathogénie et traitement qui, jusqu'à présent, était restée silencieuse dans la littérature professionnelle.

Dans le sens vertical, il convient de retenir les infrapositions et les suprapositions mandibulaires afin de reconnaître précocement les redoutables dysmorphoses qui altèrent les rapports verticaux de la région buccale. S'il en est, dont l'origine primitive assombrit le pronostic, il en est d'autres, qui aujourd'hui, sont accessibles à l'orthopédiste. Leur traitement est facile au début de leur formation. La surveillance continue et attentive de l'évolution de chaque groupe dentaire, comme le traitement des caries et la reconstitution anatomique des dents, facteurs d'équilibration, sont toujours de rigueur.

Qui donc saurait mieux s'en occuper que le praticien de famille ? Mais, ce sont les Facultés et les Universités qui sont responsables de leur formation professionnelle.

FISTULE CUTANÉE D'ORIGINE DENTAIRE

Par P. MAZARS,

Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 février 1945)

616.314.007.253 : 617.478

Sur la demande de notre Président et ami, je viens vous présenter, non pas un long exposé, mais un fait de pratique courante qui, j'espère, vous intéressera et vous fera entrevoir le rôle important que devrait jouer le praticien spécialiste dans la communauté afin d'éviter toute erreur semblable à la suivante.

En juin 1944, M. B..., vint consulter au service de Chirurgie pour une fistule cutanée jugale. Le malade, employé comme mécanicien à la S.N.C.F., âgé de 45 ans, présente une cavité buccale dans laquelle ont été pratiquées de multiples extractions.

En septembre 1943 il a été consulter un médecin de médecine générale (pour un bouton qui coulait sur sa joue). Le médecin conclut à un furoncle et le traita comme tel : compresses, pommade. Ceci dura un certain temps, le bouton suppurait toujours et plus abondamment. Le malade alla consulter un autre médecin, ce dernier examina la plaie et pensant à la syphilis, fit une prise de sang pour une analyse. A quelque temps de là, le malade retourna voir le docteur qui lui fit une série d'injections susceptibles de faire cesser le suintement cutané. Puis le malade attendit le résultat de ces injections. Il ne sût dire ce qu'étaient ces ampoules.

Lorsque, en mai 1944, sur sa machine, un de ses camarades lui signala qu'il pourrait (la chose est cocasse) peut-être voir un dentiste et que à l'Ecole Dentaire on lui dirait à qui s'adresser.

Il vint donc à l'Ecole et après examen succinct de la cavité buccale, il apparût que la fistule, car c'en était une, partait de la molaire de 6 ans supérieure droite, à l'état de racine.

L'examen de la fistule à la sonde mousse donnait un trajet allant du point d'émergence situé au bord antérieur du masséter se rendant en profondeur vers la table externe du maxillaire supérieur, perforant celui-ci entre la première et la deuxième molaire. Le trajet était d'autant plus visible qu'un tissu fibreux assez dense formait une gaine à la fistule.

La radiographie donnait une image de racine palatine assez longue ayant à son apex une zone suspecte et de deux racines vestibulaires dont la distale présentait à son apex un petit granulome. L'ensemble des racines étaient recouvert de fibro-muqueuse.

En considération de ces examens radiographique et clinique il ne nous restait plus qu'à intervenir.

L'extraction des racines fut pratiquée ainsi qu'un curettage périapical. Une zone désorganisée entourait l'apex de la racine distale et donnait naissance à la fistule. Un tamponnement au chlorure de zinc puis au benjoin termina l'intervention.

Une semaine plus tard, le malade revint au service et nous vîmes une fistule asséchée, en surface une légère croûte s'était formée et le suintement ne se faisait plus.

En octobre 1945, le malade revient sur notre demande ; la fistule a complètement disparu; une légère cicatrice apparaît à la joue, l'alvéole est comblée, la fibro-muqueuse est hermétiquement close.

Il est regrettable que les deux docteurs consultés n'aient pas pratiqué un examen buccal, car ils auraient vu les racines de la première molaire et auraient certainement pensé à un accident dentaire, cause de la fistule.

L'ANESTHÉSIE TRONCULAIRE REMONTANTE

Par L. Blanc (Nancy)

616.716 4 089.5

Les anesthésies tronculaires sont d'ordinaire descendantes, c'est-à-dire que leur effet se produit au delà, en aval, du point où l'injection a été faite, le cerveau, origine des troncs nerveux primitifs étant considéré comme le point culminant du corps. Par exemple, pour anesthésier un demi-maxillaire inférieur, la piqûre la plus fréquemment employée se fait à l'Epine de Spix du même côté, soit à un point qui se trouve entre le cerveau et la région où l'on opère.

Mais l'opérateur éprouve quelquefois des échecs, et c'est un de ces échecs que je viens signaler en même temps que le remède à employer.

Une patiente à laquelle j'avais extrait la semaine précédente une première molaire inférieure gauche, revient me trouver pour l'extraction de la même dent, du côté droit. Or, tandis que huit jours auparavant une seule injection de novocaïne avait suffi pour obtenir l'effet désiré, les quatre piqûres que je fais successivement à l'Epine de Spix, avec chaque fois une attente de dix minutes, restent sans effet. Je renvoie la patiente au surlendemain. Elle revient donc le surlendemain en m'annonçant qu'elle n'avait pas eu d'anesthésie à retardement, comme cela arrive quelquefois. Je fais de nouveau quatre piqûres successives et toutes les quatre restent encore sans résultat. Pensant que le nerf avait pu être sectionné auparavant par une opération, j'interroge la malade qui me répond n'avoir jamais eu d'opération dans la bouche, ni du côté droit, ni du côté gauche. Soupçonnant une anomalie congénitale ou une lésion pathologique, je fais une piqûre au trou mentonnier. Presque immédiatement, la malade déclare ne pas sentir sa dent, et je puis l'extraire dans une complète insensibilité, après avoir injecté une goutte de novocaïne sur la muqueuse vestibulaire et linguale.

Je n'ai, à mon grand regret et malgré ma recommandation, pas revu la patiente mais j'ai su, par d'autres malades qu'elle m'a envoyés, qu'il n'y avait eu aucun accident post-opératoire.

J'aurais pourtant bien désiré la revoir pour me rendre compte si, lors de l'extraction, la lèvre avait été anesthésiée et non seulement la moitié de la lèvre comme dans les anesthésies ordinaires. Cela aurait été une nouvelle confirmation de mon hypothèse, que le nerf dentaire inférieur du côté droit n'était pas en communication avec le trijumeau du même côté, mais recevait sa sensibilité d'une autre source, probablement du nerf dentaire gauche par le moyen des anastomoses. La piqûre au trou mentonnier coupait donc la communication avec le cerveau et permettait l'anesthésie. Au fond, ce ne serait pas une véritable anesthésie remontante, mais plutôt pseudo-remontante.

Cette anomalie ne serait-elle pas une des causes des quelques insuccès, heureusement très rares, que l'on rencontre dans l'anesthésie à l'Epine de Spix ? Le remède serait simple : une injection soit au trou mentonnier du même côté, soit à l'Epine de Spix de l'autre côté.

J'ai employé ensuite ce procédé dans plusieurs cas d'anesthésie rebelle et toujours avec succès.

REVUE DES LIVRES

Dr Francis BELTRAMI. — **Considérations biologiques sur la manidbule chez l'homme.** (*Thèse Médecine*, Marseille, 1945).

Il est vraiment sympathique ce jeune confrère, arrêté par la Gestapo sur une dénonciation domestique, qui récemment libéré de l'enfer de Buchenwald, où il s'est prodigué auprès des autres détenus, reprend courageusement la reconstitution de son foyer dévasté et ses études.

Il a de qui tenir et son nom nous est familier. Issu d'une lignée d'anatomistes dentaires, Francis Beltrami se présente à nous comme un caractère énergique, trempé par les événements tragiques au travers desquels il a pris conscience de sa personnalité. Formé à bonne école par son père Georges, il accuse une maturité scientifique certaine. Lorsqu'il expose la dualité de l'or et de la dent, il y a plaisir à retrouver sous sa plume les conceptions de ses ascendants ; le ligament alvéolo-dentaire consacré par le grand-père et les données anthropologiques qui lui viennent du père. Dans les exposés, qui lui sont personnels, il existe une si grande justesse d'expression, qu'il convient de l'en féliciter. « Les os, dit-il, jouent un rôle considérable dans le métabolisme général, comme réserve de calcium et comme organes hématopoïétiques. La dent ne jouit pas de l'ensemble des fonctions de l'os. C'est aux phanéres cornés qu'il faut rapporter la dent. Dans l'ivoire, le fait apparent, qui éblouit et nous cache le reste, la calcification, est tout à fait secondaire ».

C'est profondément vrai, la substance résistante dans l'ivoire, ce n'est pas le sel de chaux, c'est la matière organique. Les scléroprotéines, qui la composent, sont très résistantes au point de vue chimique. Pour les dissocier et retrouver les acides aminés provenant de leur décomposition, il n'existe que deux moyens : l'attaque à la sonde ou la digestion par des diastases telles que la pepsine ou la trypsine. La carie dentaire participe de ce dernier mode. Elle est apparue avec l'usage du feu, elle est la rançon de la digestibilité des substances alimentaires. La recherche de l'étiologie de la carie est liée à l'altération des tissus dentaires par les fermentations buccales.

Cette perspicacité de vues a fait rédiger à Francis Beltrami un texte original, qui n'est pas le moindre attrait de son travail. « Dans l'enseignement et dans l'étude de la mandibule, observe-t-il, il existe un schisme matériel et intellectuel, qui fait considérer d'un côté l'os mandibulaire, de l'autre la dent. Sortant de ce cadre étroit de l'anatomie descriptive humaine, on est frappé de la part considérable réservée aux dents et à la mandibule, non seulement dans l'humanité vivante, mais encore et surtout en zoologie, en paléontologie générale et humaine ». Le Prof. Bourdelle et moi sommes du même avis, l'anatomie dentaire ne saurait être uniquement humaine.

« L'élément primordial, causal, formateur, animateur des mâchoires, c'est avant tout la dent. Le terme d'os alvéolaire est faux. L'alvéole est fonction de la dent, naît avec elle, vit de sa vie et disparaît après elle. Les Zoologistes et les Paléontologistes ne s'y trompent pas, ils préfèrent le terme d'os dentaire ». Comme ils préfèrent le terme d'odontologie à celui d'anatomie dentaire qui rappelle trop la descriptive et interdit les considérations physiologiques, servant de base au développement des organes masticateurs. Le masséter quadrijumeau des Rongeurs n'est-il pas en relation avec une certaine différenciation dentaire et les mouvements mandibulaires réalisés par ces animaux sur le tissu ligneux des végétaux ? Le temporal d'insertion crânienne si large, au point d'y provoquer l'apparition d'une crête sagittale, n'est-il pas en relation avec le déchiquetage de la viande chez les Carnassiers ?

C'est pourquoi l'auteur, désirant être complet, expose la phylogénie et l'ontogénie de la mandibule, qui seules peuvent donner de la perspective et de l'ampleur à son sujet.

Commentant les travaux de Madeleine Pelletier, il constate que dans les races civilisées le commencement de désuétude des muscles masticateurs entraîne la régression de leurs insertions osseuses. La partie basale de la mandibule subit, de ce fait, une atrophie plus rapide que celle de la partie dentaire, qui suit cependant de fort près, puisque le volume des dents a diminué des races archaïques aux races évoluées actuelles. L'apparition du langage articulé accentue ce désaccord et aboutit à la formation du menton. L'arcade de remplacement ayant sensiblement les mêmes dimensions, 66 m/m, que l'arcade temporaire contribue à fixer cette nouvelle acquisition.

Chez les Anthropoïdes, l'absence du langage articulé entraîne un aplatissement

sagittal des arcades, une lourdeur de la symphyse et un prognathisme dentaire spécifique de l'âge adulte. Des mensurations faites sur le Chimpanzé par Francis Beltrami, il résulte que l'arcade temporaire oscille de 88 à 90 m/m, alors que l'arcade permanente atteint 106 à 115 m/m.

La diminution des arcades temporaire et permanente devenues identiques en dimensions chez l'Homme a créé le menton.

Au niveau des vraies molaires, qui conservent dans l'âge adulte les dimensions préétablies dans le premier âge, la discordance de la partie basilaire et de la partie dentaire se traduit par un encorbellement de la dernière molaire. Francis Beltrami estime que les accidents de dent de sagesse ne sont pas l'effet d'un manque de place, mais de l'activité linguale qui repousse la dent vers l'extérieur et l'envoie buter contre la branche montante. Conception originale on le voit, mais assez discutable, qui va à l'encontre des idées classiques.

L'auteur établit ensuite les limites anatomiques, qui délimitent la partie dentaire de la mandibule. En arrière, le ligament ptérygo-maxillaire forme un véritable rideau par le constricteur supérieur du pharynx et le buccinateur dont les insertions latérales forment la limite vestibulaire, tandis que du côté lingual la limite est fournie par la sangle mylohyoïdienne.

Logique avec cette étude de la mandibule, Francis Beltrami en tire les conséquences biologiques. Dans les fractures de cet os, la partie dentaire seule compte. Les procédés généraux de traitement des fractures ne sont pas applicables. Ce qui est important pour que l'articulation temporo-maxillaire conserve son activité, c'est l'immobilisation en parfaite occlusion. Il vaut mieux une pseudarthrose en bon articulé, qu'un cal en mauvais articulé. Le blocage intermaxillaire a toujours donné un résultat fonctionnel parfait.

Cette étude n'est évidemment qu'un premier travail dont certaines parties sont ébauchées et méritent d'être reprises. Nous souhaitons vivement à notre jeune confrère que ce ne soit pas le dernier.

Ch. Bennejeant.

FONTANEL (J.-P.). — **Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques.** (*Thèse de Paris*, 1945. Imprimerie Foulon, Paris).

Dans sa thèse inaugurale, M. Fontanel, après avoir rappelé que les infections intercurrentes bénignes ou graves sont une cause d'aggravation du diabète et que le traitement du diabète au cours de ces infections pour autant qu'il est nécessaire, n'est pas suffisant, étudie les accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques et leur traitement.

Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur étudie l'action aggravante des infections sur le diabète et à l'aide d'observations montre que les infections bucco-dentaires n'échappent pas à cette règle ; dans la seconde partie, il étudie le traitement que l'on peut apporter à ces infections et quelle doit être l'attitude du spécialiste en leur présence.

Dans la première partie, M. Fontanel, pour exposer cette notion nouvelle de l'action aggravante que les infections exercent sur le diabète, rappellent les études faites sur ce sujet par Boulin, Rabinovitch, Bith, Marie.... Ce sont surtout les infections suppuratives qui provoquent les aggravations les plus manifestes et les plus redoutables. Tous les auteurs qui se sont intéressés à cette question sont d'accord pour énoncer que le malade doit être convenablement traité, non seulement de son infection, mais recevoir aussi un traitement diabétique sévère, régime et insuline, autrement il est à peu près fatal qu'il tombe dans le coma. M. Fontanel présente ensuite quelques observations d'accidents bucco-dentaires chez des diabétiques qui ont modifié défavorablement l'évolution de cette diathèse.

La deuxième partie est consacrée à l'étude du traitement des accidents aigus bucco-dentaires, en laissant de côté celui qu'il y a lieu d'appliquer aux accidents chroniques. Il faut revenir sur cette idée qui a été la règle pendant de trop longues années : ne touchons pas, n'opérons pas ce malade, il a du sucre. Les diabétiques doivent, au contraire, être traités autant que les autres et même plus énergiquement. M. Fontanel précise tout d'abord l'attitude à adopter vis-à-vis du diabète en lui-même, chaque fois que l'on aura dû instituer d'urgence une thérapeutique interventionniste ou que l'on prévoira une intervention ultérieure ; ensuite, il expose la conduite à tenir par le spécialiste du point de vue local, en présence des principaux accidents infectieux bucco-dentaires.

Les conclusions que l'auteur tire de ce travail sont les suivantes :

Toute infection, d'où qu'elle vienne, est une cause d'aggravation pour le diabète et les infections bucco-dentaires n'échappent pas à cette règle.

Il faut proscrire absolument la conception du diabète intangible du point de vue stomatologique.

Il faut supprimer, chez les diabétiques, les suppurations collectées, inciser les suppurations diffuses.

Il faut, avant d'intervenir, chaque fois que ne se pose pas la question d'urgence, attendre que le diabète soit équilibré.

Ne pas oublier que si l'intervention présente des risques, l'abstention quand il y a urgence, en comporte infiniment plus.

P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(Séance du 22 Novembre 1945)

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence du Dr Delibéros, qui donne la parole à M. Beauregardt pour sa communication : *Diagnostic et traitement des canines supérieures incluses.*

L'auteur, se bornant à l'étude des canines incluses non hétérotopiques, considère que la définition habituelle doit être complétée d'une notion tenant compte de l'âge physiologique.

Dans une première partie, il rappelle les *signes de présomption* objectifs et subjectifs, puis les signes de certitude (révélés par les radiographies prises sous des incidences orthogonales). Les signes spécifiques à l'anomalie ou à ses complications comme aux éléments anormaux immédiats, ne sont pas suffisants surtout chez les enfants en période de croissance générale et faciale.

Il faut compléter l'examen local, d'un examen de la face par les techniques courantes en orthopédie dento-faciale, pour reconnaître les dysmorphoses concomittantes.

Ces considérations l'on conduit à proposer une autre terminologie plus conforme aux règles édictées par le Dr Bozo.

Les termes d'infra-position intra-alvéolaire définissent clairement les caractéristiques de l'anomalie considérée ; ils permettent en outre d'associer les termes différents d'une anomalie compliquée, c'est-à-dire anormale par rapport à l'arcade, au point incisif et à la surface d'occlusion.

Jusqu'à présent, les canines incluses avaient été étudiées seulement dans l'espace. Depuis les conceptions de Clinton Howard et de de Coster, il importe de les considérer dans le temps, c'est-à-dire en transposant l'âge administratif à l'âge physiologique individuel. C'est pourquoi l'organe ne peut être qualifié « d'inclus » qu'après une époque qui correspond à la croissance normale d'un enfant de dix ans.

Les retards d'évolution générale et dentaire sont fréquents. D'après les statistiques de de Coster : dans 21 % des cas, l'âge dentaire est au-dessous de l'âge légal ; dans 70 % des cas, l'âge dentaire est au-dessous de l'âge osseux.

Dans une seconde partie, sont présentées des observations grâce auxquelles, l'auteur dans ses conclusions, expose des directives qui doivent commander, jusqu'à nouvel ordre, l'attitude du spécialiste.

Chez l'enfant, le praticien doit avoir la préoccupation constante de préserver des causes de réduction l'espace qui sépare l'incisive latérale permanente de la première molaire permanente.

Bien que multiples, il est impérieux de les prévenir pour ménager les lieux d'émergence sur l'arcade de la première prémolaire puis de la canine, ensuite de la seconde prémolaire.

Dans la plupart des cas, chez l'enfant et même chez l'adulte, il suffit de supprimer les obstacles qui s'opposent au cheminement prééruptif pour que la canine fasse naturellement son éruption.

Chez l'adulte, si le volume et les dimensions des dents dépassent les capacités des régions maxillo-alvéolaires, l'extraction de la première prémolaire permanente est indiquée.

Bien que les observations présentées ne signalent que des procédés ayant facilité l'éruption naturelle des canines, les forces exercées par l'intermédiaire des crochets, scellés selon les techniques de Georges VILLAIN, P. TACAIL et de Mme MULLER, dans la couronne de la canine incluse pour provoquer son égression, sont autorisées chez le grand adulte.

Et l'auteur conclut en disant que, du point de vue orthopédique, la surveillance des phénomènes de dentition, la prévention du déséquilibre dentaire et le traitement précoce des dysmorphoses, statiques et cinématiques, sont les meilleures méthodes pour diminuer la fréquence des canines supérieures, dites « incluses » ou « retenues ».

Prennent part à la discussion : MM. TACAIL, MAUREL, GOLSTEIN, H. VILLAIN et Mme MULLER.

La parole est ensuite donné au Dr DECHAUME pour sa communication : *Conception actuelle de la carie dentaire.*

Après avoir rappelé que la carie des dents est une maladie qui les détruit, suivant l'expression de FAUCHARD, l'auteur envisage successivement les différentes étapes à franchir, et la nécessité d'introduire des méthodes nouvelles dans l'enseignement.

S'appuyant sur différentes statistiques, tant françaises qu'étrangères, le conférencier indique que le trouble trophique qui se trouve à l'origine de la carie, serait :

— favorisé soit par un trouble constitutionnel, une sensibilité spéciale du système nerveux (sympathicotomie ?) qui peut s'exagérer au cours d'états physiologiques ou pathologiques, soit par un trouble acquis ;

— déclanché soit par une cause interne, soit par une irritation externe.

Cette nouvelle orientation des problèmes concernant l'étiologie et la pathogénie de la carie dentaire, nous oblige à *réviser nos idées concernant la thérapeutique* :

Le médecin ne doit pas s'illusionner ni sur la valeur du traitement général curatif, en particulier du traitement récalcifiant, ni sur l'efficacité d'une prophylaxie générale. Tout au plus peut-il donner quelques conseils inspirés des notions exposées par l'auteur (rôle certain du régime alcalinisant, danger de l'alcool, influence néfaste du sucre artificiel, moins par l'action locale que par l'intermédiaire d'une perturbation du métabolisme général).

Le Dr DECHAUME indique que la thérapeutique doit être dirigée contre l'infection et surtout contre le trouble trophique, et il en revient à critiquer les méthodes et les médicaments de notre thérapeutique.

Le conférencier ne nous parle pas de l'Ozone, sa méthode de choix, mais son nom seul évoque la thérapeutique qu'il préconise et place par dessus tout.

Prennent part à la discussion : MM. les Drs BELTRAMI et RACHET.

M. le Prof. HUGUENIN donne ensuite lecture de sa communication : *Idées récentes sur l'évolution du cancer et leurs conséquences thérapeutiques.*

Chez les anciens la médecine ne mettait pas la main aux maladies incurables (raison suffisante pour ne rien pouvoir observer) et nos pères ne changeaient pas grand-chose si l'on considère que le stade chirurgical dépassé, le cancéreux se voyait abandonné à l'indifférence... puis à la morphine.

Seule,l'observation minutieuse des cancers dans leur évolution a permis de modifier la conception « les expérimentations sans le vouloir » ont prouvé ce qui avait été observé et en ont fait une vérité scientifique. Le sarcome n'est donc pas toujours à évolution rapide, ni l'épithélioma à évolution lente. Il y a des formes aiguës qui évoluent avec le foudroiement et même sous le masque d'une maladie inflammatoire.

Il est des degrés dans ce que l'auteur dénomme la malignité d'une tumeur et d'un cancer, exactement comme dans l'acuité des maladies infectieuses. C'est la soudaine exacerbation de la virulence.

L'auteur pense que c'est en regardant « vivre » les cancers que nous verrons combien leurs « faits et gestes » nous contraignent à une manière de voir nouvelle et à des pensers neufs, sur la valeur et le mode d'action des thérapeutiques.

Il termine sur une considération optimiste : le nombre des cancers guéris chaque année, va sans cesse en augmentant.

La séance est levée à 23 h. 30. *Le Secrétaire général* : M. RIVAULT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 21 septembre 1945

La séance est ouverte à 21 h. 10, sous la Présidence de M. Georges DELARRAS.

Le Président prend la parole pour excuser le Bureau d'avoir convoqué les Membres pour une date aussi rapprochée. La raison en est que le Dr ADLER auquel il souhaite la bienvenue parmi nous, ne reste que très peu de temps à Paris.

Le Dr ADLER remercie le Président et les Confrères présents de l'accueil qui lui a été réservé et projette deux films sur la Chirurgie plastique telle qu'il la pratique au Brésil.

La nouveauté pour nous réside dans le nouveau matériau employé, le cartilage réfrigéré. Ce dernier est sculpté au bistouri afin de lui donner la forme désirée et mis en place. On évite ainsi le prélèvement extemporané de la greffe qui fait subir deux interventions au patient.

Beaucoup employé aux Etats-Unis et au Brésil depuis 11 ans, ce procédé donne d'excellents résultats.

Une autre nouveauté est le dermatome, sorte de rabot qui permet de prélever de grands lambeaux cutanés, aux fins de greffe et ceci avec une régularité d'épaisseur remarquable. De nombreuses projections fixent, illustrent les magnifiques résultats obtenus.

Le Président remercie le Dr ADLER et donne la parole au Dr Gérard MAUREL dont l'argumentation nous vaut des détails très intéressants :

Le cartilage prélevé dans les 24 heures suivant la mort de l'individu est conservé au frigidaire dans une solution de merthiolate à 4 %. Celle-ci est changée au bout de quinze jours, puis tous les mois pendant trois mois. Ensuite, le cartilage se conserve sans changement de liquide, sauf lors de son utilisation.

En ce qui concerne le dermatome qui n'est pas encore dans le commerce en France, son emploi nécessite une colle spéciale destinée à fixer la peau à l'hémi-cylindre.

Le Président donne ensuite la parole à M. le Dr VIRENQUE.

Ce dernier, séduit *a priori* par l'emploi des cartilages réfrigérés, demande si le Dr ADLER considère ce corps comme vivant ou non. Si le cartilage est un corps inerte, pourquoi ne pas employer, comme en Angleterre, les soutiens en acrylic qui permettent un parfait moulage ?

Le Dr ADLER, qui vient de visiter tous les centres maxillo-faciaux d'Angleterre, nous apprend que l'engouement pour l'acrylic a beaucoup diminué depuis la constatation de nombreux cas d'élimination de baguettes et de plaques, tandis que le cartilage, quoique mort, est parfaitement toléré, grâce, sans doute, à sa constitution biologique.

A propos du dermatome, permettant de prélever toutes les formes de greffes désirées, à condition de respecter 25 % de l'épaisseur de la peau, il est permis de recommencer l'intervention de deux mois en deux mois au même endroit. Le pansement compressif est facultatif, l'emploi de la thrombine selon la méthode de SANO, aux Etats-Unis, permet une prise parfaite et rapide.

Le Président remercie le Dr ADLER d'avoir consacré une de ses quelques soirées à Paris à notre Société, et le félicite pour la brillante communication, dont il nous a fait bénéficier.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire des Séances : Jean DELTOUR.

ENSEIGNEMENT AU PALAIS DE LA DÉCOUVERTE

En novembre 1944, *la séance inaugurale de l'Enseignement de la Biologie et de la Mécanique générale à nos élèves et à ceux de l'Ecole Odontotechnique fut ouverte par* M. le Recteur Roussy. *Nous l'assurons de notre profonde et respectueuse gratitude.*

A l'ouverture des cours de la deuxième année de ce nouvel enseignement, M. Leveillé, *Directeur du Palais de la Découverte, a prononcé l'éloquente allocution qu'on lira ci-après ; il a montré à nos étudiants qu'il était un guide moral aussi élevé qu'il est grand directeur scientifique.*

. . . .

La Biologie et la Mécanique générale enseignées à nos plus jeunes élèves représentent les deux pôles de la formation professionnelle équilibrée.

Le premier cours, sous la haute et claire autorité de M. le Professeur Verne, *membre de l'Académie de Médecine, est accompagné de la présentation des collections de la Section de Biologie.*

Celui de Mécanique, professé avec une admirable conscience par M. l'Ingénieur-docteur Liévin, *comporte les problèmes qui rendent précises et rationnelles les applications prothétiques. il est illustré de projections et suivi de démonstrations utilisant les maquettes et les appareils de la Section de Mécanique.*

Ce double enseignement devrait donner aux futurs praticiens le goût de la pénétration scientifique et celui de la recherche expérimentale.

. . . .

Que M. Leveillé *trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'accueil qui nous a été réservé au sein de la haute Institution qu'il dirige.*

P. Housset,
Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

Mes amis,

Etant donné mon âge, vous vous attendez sans doute à m'entendre vous parler comme un mentor vous considérant avec indulgence du haut de sa sagesse et vous prodiguant avec une généreuse condescendance les conseils, fruits de son expérience....

Eh bien, non ! S'il est une conviction qui m'habite, c'est bien celle-ci : que la vraie sagesse, la seule féconde, c'est la jeunesse qui la détient, qu'elle réside dans le besoin qu'ont les jeunes de tout remettre en question, dans la fraicheur et la puissance de leur enthousiasme. C'est cela qui est capable de remuer, de renouveler le monde, et non l'inerte sagesse rassise des vieillards qui semblent n'avoir surtout retenu de l'expérience que les résignations, les conciliations, les concessions ; la jeunesse, elle, va de l'avant, et elle a raison ! C'est sa valeur, sa force, sa mission. Mes amis, toute votre vie, restez jeunes, ne cessez jamais d'aller de l'avant !

Par ailleurs, les conseils proposés du dehors restent lettre morte : ce n'est qu'en soi-même que l'on puise des directives efficaces. Aussi ce que je me propose de faire aujourd'hui avec vous, c'est tout simplement de vous aider à lire en vous-mêmes, et à amener au jour vos aspirations et vos volontés ; et si parfois je semble vous donner des conseils, n'en cherchez la source que dans l'estime où je vous tiens.

Que voulez-vous ? Non pas végéter, vous laisser balloter par la vie au jour le jour, en parasites ou en unités quelconques d'une masse docile, mais édifier consciemment, volontairement votre vie comme une belle

œuvre authentique et féconde, et, ce faisant, contribuer à construire une France neuve.

Car notre première tâche, à l'heure actuelle, est de dire non, résolument, à tout ce qu'il a pu y avoir de mesquin dans notre passé de Français, afin de préparer la voie d'un avenir qui restitue à la France un plus noble visage, son vrai visage.

Votre souci constant va donc être de ne pas vous laisser conduire par les évènements, mais de les dominer. Cela suppose que vous croyez fermement au progrès, au progrès avant tout de l'être humain lui-même et à celui qu'il peut introduire dans ses conditions d'existence ; cela suppose que vous aurez rompu délibérément avec le nihilisme intellectuel, le tenant pour une attitude de l'esprit que nous devons rejeter malgré son charme subtil et nonchalant. Il n'est que de comparer l'homme des temps préhistoriques à l'homme d'aujourd'hui (et il ne s'agit là que d'une brève période de l'humanité) pour constater les progrès accomplis. Certes, le plus bel exemplaire de l'homme est encore à venir, il faut travailler à s'en rapprocher ; il y a même des pas faits en arrière, des défaillances, et combien graves ! notre époque mieux que toute autre, hélas ! le sait ; mais en dépit des apparences alarmantes, la marche en avant continue, soyez-en persuadés, et la science servira ce progrès dans le spirituel comme dans le temporel si en votre esprit vous ne lui assignez que des fins nobles et généreuses.

Je tiens pour acquis que vous êtes de conviction et de volonté des optimistes, vous êtes fiers, énergiques ; votre mot d'ordre ne pourra être que « au travail ! ».

Non que je nie la valeur, l'importance du verbe ! Il est des paroles utiles qui peuvent devenir des pierres. Ce Palais de la Découverte en est un exemple, issu de la suggestion persuasive des organisateurs. A leur tour, de telles pierres peuvent servir à construire des hommes. C'est ainsi que le goût de la culture scientifique que le Palais éveille chez ses visiteurs renforce en eux le sens de la probité intellectuelle et de l'effort désintéressé. Or c'est avant tout en hommes dignes de ce nom qu'il importe de reconstruire la France.

Honnêtement, audacieusement, marchez droit devant vous : vous y rencontrerez la vérité. Ne regardez en arrière que pour tirer une leçon ou puiser un encouragement ; ceux qui dans le passé méritent le mieux votre respect et votre gratitude, ce n'est pas en les imitant servilement que vous leur ressemblerez, c'est en cherchant vous-même votre propre voie. Ayez sans cesse la volonté de vaincre ; ne vous dites jamais qu'un obstacle est infranchissable ; certes, mesurez-le avec lucidité, mais ne renoncez pas ; réfléchissez auparavant, et ensuite allez jusqu'au bout, n'abandonnez pas à mi-chemin, quoi qu'il vous en coûte. Si le Général de Gaulle a finalement sauvé la France, c'est qu'il n'a pas cédé à l'heure où tout semblait taxer se volonté de chimérique.

Vous m'entendez bien ? Je vous dis : soyez tenaces ; je ne vous dis pas : soyez entêtés ! Il peut arriver aux meilleurs de commettre une erreur ; l'important est de la reconnaître et de ne pas s'y obstiner. Ayez du ressort ; soyez même prêts au besoin à changer de métier, si vous vous apercevez que vous vous êtes trompés d'orientation par insuffisante connaissance de vous-mêmes, ou sous l'effet d'inspirations nouvelles. L'important n'est pas de faire une carrière fructueuse, mais de pouvoir donner votre mesure. Et n'exagérez jamais l'importance d'un échec ; c'est une leçon dont on peut et doit profiter ; on a le droit d'être découragé 24 heures, mais ensuite il faut reprendre élan sur l'échec lui-même pour repartir. Du reste, une nature bien trempée ne plie pas devant la difficulté, sa vitalité en est fouettée ; et vienne l'adversité, c'est au travail qu'elle demande la consolation, la force de supporter une grande douleur.

Oh ! il ne s'agit pas d'être exagérément austères, de bannir l'amour et la joie. Bien au contraire ! Je tiens l'amour pour ce qu'il y a de plus beau

au monde et pour la plus grande force. Mais quel plus haut bonheur et quelle plus haute marque d'amour que d'offrir à l'être aimé une victoire, une vie digne d'admiration ?

Certes, ayez de la méthode, de l'ordre, mais soyez gais. Le travail fait dans l'allégresse du cœur et dans l'alacrité de l'esprit gagne en aisance, en qualité et en pouvoir de rayonnement. Ne négligez pas d'être élégants ; pour vous-même et pour les autres ; soignez votre corps comme votre esprit et votre travail, cherchez à réaliser la plénitude harmonieuse de tout votre être.

Ce souci d'élégance, conservez-le aussi dans la bataille ; jouez « fair play ». Ne cherchez pas à louvoyer ; la plus habile des diplomaties est encore la sincérité, fut-elle même brutale ; ne vous abaissez pas à mentir, soyez loyaux en toutes circonstances. Et n'acceptez jamais un compromis : c'est toujours une compromission ; soyez résolument contre tout ce qui est moyen, ce n'est qu'un autre mot pour médiocre ; n'écoutez pas les gens timorés et égoïstes qui vous diront que la vérité est dans un juste milieu : c'est faux. Chaque fois que vous faites une concession, vous ne vous éloignez pas seulement du but, vous le compromettez ; si on le sert par des moyens douteux, l'idéal le plus haut se corrompt.

Durs, exigeants envers vous-mêmes, soyez indulgents envers les autres ; indulgents, non pas faibles. Par principe, croyez les autres honnêtes, faites-leur confiance : rien ne fortifie comme la confiance qu'on nous accorde, rien ne nous incite davantage à nous en montrer dignes. Mais il arrivera qu'on abuse de votre confiance ; alors ne pardonnez pas, ou tout au moins n'oubliez pas, retirez votre confiance. Que l'on sente que vous êtes capables de rendre les coups que l'on vous donne lâchement : mais ne les rendez jamais par de bas moyens qui vous rabaisseraient au niveau de qui vous a trompé.

Efforcez-vous de penser et d'agir de telle sorte que votre vie soit constamment une leçon de force, de courage, de bonté et de beauté. Songez toujours au moment où vous vous demanderez : Qu'ai-je fait de ma vie ? que vous puissiez alors vous répondre : j'ai satisfait autant qu'il était en mon pouvoir le besoin de créer qui était en moi, et je n'ai pas été tout à fait inutile.

Mes amis, je termine en vous adressant, en adressant à votre belle jeunesse mon salut d'accueil le plus affectueux et mes souhaits pour une année de bonnes et fructueuses études.

A. Leveillé,
Directeur du Palais de la Découverte.

Le Conseil d'Administration de l'**ECOLE DENTAIRE DE PARIS**, réuni le 15 janvier 1946, a procédé comme suit à la nomination du Bureau :

Président Directeur honoraire : A. Blatter.
Président du Conseil : H. Villain.
Vice-Présidents : Dr M. Roy, L. Bruschera.
Directeur de l'Ecole : P. Housset.
Secrétaire Général, Chef du Dispensaire : R. Wallis-Davy.
Trésorier, Econome : P. Fontanel.
Bibliothécaire : A. Rivault.
Conservateur du Musée : A. Beauregardt.
Secrétaire des séances : J. Rivet.
Trésorier adjoint : M. Pierson.
Administrateur général des réunions et Congrès scientifiques : H. Villain.
Administrateur général des collections scientifiques et archives : L. Solas.
Directeur de la Section de Prothèse : H. Villain.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Le Président de l'A. G. D. F. informe les confrères que dans la déclaration concernant **l'Impôt de Solidarité** (prélèvement sur le patrimoine), la « **valeur de la clientèle** » *ne doit pas être mentionnée dans l'actif du contribuable, celle-ci n'étant pas légalement cessible.*

Nous avons reçu le premier numéro du *Monde Dentaire Libre* et y avons lu avec intérêt un compte rendu des résultats obtenus en U. S. A. par l'application de mesures concernant l'hygiène bucco-dentaire scolaire, et le début d'une étude de notre ami le Dr Solas, traitant de l'anatomie dentaire comparée.

Mais notre attention a surtout été frappée par le « Programme » en Editorial préconisant les relations professionnelles avec les pays étrangers. Ce programme nous a suggéré des réflexions que nous avons énoncées dans une lettre adressée au Rédacteur en Chef que nous reproduisons ci-dessous.

Sous réserve de cette observation, nous approuvons entièrement ce programme et souhaitons à ce nouveau-né dans la Presse professionnelle, comme à l'avènement des anciens rois de France : « longue vie et prospérité ».

Association Générale des Dentistes de France
45, rue de La-Tour-d'Auvergne, Paris

Paris, le 31 janvier 1946.

Monsieur le Rédacteur en Chef du *Monde Dentaire Libre*, 11 *bis*, rue d'Edimbourg, *Paris* (8e).

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai lu avec grande attention le premier numéro du *Monde Dentaire Libre* et vous félicite de cette réalisation et des projets émis dans votre « programme ».

Je ne puis qu'approuver entièrement vos idées de puiser à l'Etranger des exemples de réalisation heureuse et d'y diffuser le résultat de nos travaux.

Mais ce sont là projets de jeunes car je crois de mon devoir de vous signaler que ces desiderata n'ont pas échappé aux Anciens de la Profession.

En 1879 s'est créé à Paris le « Cercle des Dentistes » devenu ensuite «L'Association Générale des Dentistes de France », précisément comme l'indiquent ses Statuts dans le but de concourir aux « progrès de l'art dentaire en France, et d'entretenir avec l'Etranger des relations scientifiques professionnelles ».

Pour illustrer la réalisation de ce programme, je vous citerai, entre autres, les Congrès dentaires internationaux de 1900 et 1931, qui groupèrent chacun pendant une semaine, à Paris, l'élite de la profession dentaire du monde entier, et les Congrès nationaux dentaires annuels en France, incorporés dans les Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences. Mais l'Association Générale des Dentistes de France ne se contente pas de ces manifestations sporadiques, elle édite une Revue, *L'Odontologie,* qui en est à sa 84e année d'existence et que nous avons pu — malgré les embûches, les entraves et les restrictions dont celle du papier n'était pas la moindre — faire paraître à peu près régulièrement de 1940 à 1945. Nous nous sommes même risqués pendant ces années d'obstruction à organiser, sans rien demander à personne, deux séances de démonstrations et à en faire paraître le compte rendu dans des numéros spéciaux.

Dans l'intervalle des Congrès français et internationaux, l'Association Générale des Dentistes de France a maintenu les contacts avec les Sociétés dentaires mondiales, en participant aux Congrès organisés dans les grands centres étrangers pour conserver les relations avec les personnalités professionnelles ; quant à la diffusion des travaux

par son journal *L'Odontologie*, je n'en veux pour preuve que le nombre des abonnés hors de France qui était, en 1939 de 363, et l'échange avec les journaux et universités étrangers qui se montait, à cette époque, à 270.

Inutile de vous dire que tout a été désorganisé en 1940, mais nous nous efforçons — avec d'ailleurs des résultats déjà encourageants — de reconstituer ces relations mondiales professionnelles et cela me permet de rectifier quelques lignes de votre programme : « que la profession dentaire en France stagne à tous points de vue et que « nous travaillons en vase clos sans contact avec le dehors ».

Sans doute depuis cinq ans, la barrière de feu qui limitait nos frontières, était un obstacle infranchissable pour tous les progrès venant et allant à l'Etranger, mais actuellement cette barrière étant, par les efforts de nos alliés et de nos courageux concitoyens, heureusement détruite, nous ne demandons qu'à en recevoir et à y répandre nos travaux réciproques par l'Association Générale des Dentistes de France et *L'Odontologie*, pour le plus grand avantage des progrès scientifiques et sociaux de notre chère profession.

C'est avec cet espoir que je vous prie d'accepter, M. le Rédacteur en Chef, mes meilleurs vœux de succès et mes meilleurs sentiments.

Dr A. Audy,
Président de l'Association Générale
des Dentistes de France.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

A la suite du referendum, tous les membres de « l'Aide Immédiate » n'ayant pas accepté le principe de l'augmentation de la cotisation, les adhérents se trouvent classés en deux catégories :

1° *Ancien régime* : les membres refusant l'augmentation ;

2° *Nouveau régime* : les membres acceptant de porter la cotisation à 100 francs, et par assimilation les membres qui n'ont pas encore répondu et que l'on suppose acceptant.

A dater de ce jour, il est entendu que seul le nouveau régime sera appliqué aux nouveaux adhérents.

AU CANADA

Par une lettre adressée récemment à M. Henri Villain, Président de l'Ecole Dentaire de Paris, nous apprenons les nouvelles suivantes de nos amis Canadiens, que nous communiquons à nos lecteurs :

Le Dr Dubeau a été nommé Doyen Honoraire et Professeur Emérite, il lui a été décerné en plus un « Doctorat *Honoris causa* ».

Le Dr Nolin a pris sa retraite il y a déjà quatre ans, il est âgé de 83 ans.

Sont décédés pendant ces dernières années : le Dr Este, le Dr Pinault, le Dr Machay et le Dr Thio-Cate.

Le Dr Victor Pinard, qui était avant-guerre installé à Paris, est retourné au Canada et est fixé à Ottawa.

Enfin, pour ceux qui l'ont connu, l'honorable Philippe Roy, ancien ambassadeur du Canada à Paris, maintenant en retraite à Montréal (78 ans), déclare s'ennuyer beaucoup de Paris.

Louis RICHARD-CHAUVIN
(1852-1945)

NÉCROLOGIE

RICHARD-CHAUVIN (1852-1945)

Avec Richard-Chauvin vient de disparaître le doyen des chirurgiens-dentistes et le dernier des fondateurs de l'Ecole Dentaire de Paris, dont il fut diplômé en 1882.

Entré dans le Corps enseignant de l'Ecole en 1882, dès ses études terminées, il allait, pendant vingt ans, y jouer un rôle prépondérant en raison de ses hautes qualités techniques et de sa grande habileté opératoire doublées de qualités pédagogiques dont tous ceux qui, comme moi, eurent le grand bonheur d'être ses élèves ont gardé le plus profond souvenir ; je fus de ceux-là il y a plus de soixante ans, et les si excellents principes de dentisterie opératoire que j'ai reçus de lui sont, avec ceux de l'éminent Lewett, une des plus précieuses acquisitions que j'ai recueillies dans ce domaine au temps lointain où je poursuivais mes études dans ce modeste appartement de la rue Richer où l'Ecole Dentaire de Paris était installée pour ses années de début.

Démonstrateur en 1882, il était chef de clinique en 1883. Nommé en 1886 professeur suppléant de dentisterie opératoire, après un brillant concours, il était professeur titulaire en 1890 et conservait ces fonctions jusqu'en 1912 où il était nommé professeur honoraire.

En 1917, se trouvant fatigué, il quitta Paris pour se retirer à Saint-Cast (Côtes-du-Nord), près de l'un de ses fils, mais ce n'était là qu'un repos très relatif car, grand travailleur, aimant profondément sa profession, cherchant toujours à atteindre la perfection, il ne cessa jamais complètement d'exercer jusqu'à un âge avancé.

Obligé de quitter Saint-Cast en raison des derniers événements militaires, il s'était réfugié en Algérie, auprès de l'un de ses fils et c'est chez celui-ci, à Boufarik, qu'il vient de s'éteindre, à 93 ans, après une vie extrêmement active.

En dehors de ses fonctions pédagogiques, Richard-Chauvin a apporté une collaboration des plus précieuses dans toutes les branches de notre Groupement : membre du Conseil d'Administration de l'Ecole de 1883 à 1903, du Conseil de l'Association Générale des Dentistes de France, dont il fut vice-président en 1888.

Il fit longtemps partie du Comité de Rédaction de *L'Odontologie*, dont il fut un moment rédacteur en chef (1901), il en fut un collaborateur assidu, y publiant de nombreux travaux dont on trouvera la liste ci-après. Parmi ces travaux, consacrés principalement à la dentisterie opératoire, nous citerons plus particulièrement ceux sur l'aurification dans la technique de laquelle Richard-Chauvin était un véritable virtuose : ceux qui l'ont connu dans tout l'éclat de sa pratique ont gardé le souvenir des travaux qu'il exécutait en or mou, réalisant des reconstitutions avec des cylindres en trois positions ! Citons également ses travaux sur les pivots, les ponts fixes et mobiles, les incrustations de porcelaine où il faisait montre, là aussi, de ses grandes qualités techniques comme il faisait preuve d'un sens éclairé dans la question du traitement des canaux. A plus d'un demi-siècle de distance on peut relire avec profit la plupart de ses publications.

Esprit cultivé, en dehors des questions professionnelles où il était un maître, Richard-Chauvin avait, dans sa retraite, esquissé des œuvres dramatiques et écrit divers essais sur des questions politico-philosophiques qu'il vint à l'époque me communiquer ; le caractère professionnel de notre journal ne nous permit pas de les publier malgré leur intérêt, mais ils montraient combien jusqu'à un âge avancé il avait conservé la verdeur de son esprit.

Richard-Chauvin a donné souche à toute une pléïade de chirurgiens-dentistes en tête desquels il convient de citer sa propre femme qui fut diplômée de l'Ecole Dentaire de Paris en 1885 et qui va bientôt, très vaillamment, atteindre, elle aussi à son tour, sa 93e année. Leurs trois fils ont été élèves de notre Ecole ; l'aîné exerçant à Saint-Cast, le troisième à Alger ; le second, mort il y a sept ans, a laissé une fille, elle-même chirurgien-dentiste, de même que son mari Gérard Charvin et exerçant tous deux à Mende. Richard-Chauvin laisse enfin neuf arrière-petits-enfants, c'est, on le voit, une belle famille française.

A ma vieille amie, Mme Richard-Chauvin, à ses enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants, j'adresse ici le témoignage de ma bien douloureuse sympathie pour la mort de mon si excellent maître et bien cher ami qui laisse un profond souvenir dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu, comme à l'Ecole Dentaire de Paris où il tint un rôle si éminent et, au nom de celle-ci et des diverses branches de notre Groupement, je lui adresse un dernier adieu en même temps que notre hommage reconnaissant pour les grands services qu'il a rendus durant sa longue existence.

Maurice Roy.

PRINCIPALES PUBLICATIONS DE RICHARD-CHAUVIN :

Construction d'un appareil de prothèse bucco-facial (8 octobre 1879).

Obturation des dents par des fragments d'émail.

Deux cas de réimplantation (novembre 1886).

Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagée au point de la pathologie et de la thérapeutique (en collaboration avec M. Papot, octobre 1886).

De l'or mou comme matière obturatrice (juin 1886).

Notice sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs du périoste et de la pulpite aiguë (février 1887).

Hygiène de la bouche (novembre 1887).

Présentation d'aurifications (décembre 1888).

Injection d'antipyrine pour l'avulsion indolore des dents (février 1888).

Scellement des tubes pour la dent à pivot (avril 1888).

Deux nouveaux cas de greffe dentaire, réimplantation des dents contiguës (octobre 1889).

Les amalgames d'or, d'argent, d'étain (mars 1889).

Présentation de pièces à pivot (mai 1889).

Présentation d'une transplantation faite dans les séances cliniques du Congrès International de 1889.

Fixation des pivots parallèles. Démonstration au Congrès Int. de 1889.

Démonstration sur l'or mou. Démonstration au Congrès Int. de 1889.

Trépanation du sinus suivie de réimplantation (octobre 1889).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires. Congrès International de 1889.

Un cas de réimplantation avec scellement de couronne naturelle (1890).

Moulages d'anomalies (mai 1890).

Présentation d'un travail à pont (juillet 1891).

Etude sur le travail à pont. Critique des appareils fixes. Appareils à pont mobiles. Applications diverses (1892).

Modifications apportées à la technique de la dent à pivot (janvier 1897).

La dent de 6 ans et le développement de l'ivoire. Des règles à suivre pour la conservation et l'extraction de cette dent (avril 1897).

Des rapports du traitement conservateur de la pulpe avec la nutrition de l'ivoire (1897).

Nouveau système de dent à pivot (mars 1884).

La Gingivite. Essai de classification. Congrès Dent. Int. de 1889.

Des rapports de l'anatomie de la dent de 6 ans avec la recherche des canaux.

Particularités sur l'extraction de la première grosse molaire sup. (1897).

Applications de la radiographie à l'art dentaire (en collaboration avec le Dr Félix Allard). Congrès 1897.

Congrès International de 1900.: 1° *Méthode nouvelle d'obturation par les blocs de porcelaine* ; *communication et démonstration.* 2° *Nouvelle méthode de travail à pont mobile* ; *communication et présentation de sujets.* 3° *Couronnes de porcelaine pour molaires.*

Enseignement technique pratique de la dentisterie opératoire. Rapport de 6e Section du Congrès.

Hygiène de la bouche (7 novembre 1887).

La Gingivite. Communication au Congrès Dentaire International (1900).

Etude sur le travail à pont (octobre 1892).

Le Dr Claude Martin et l'enseignement officiel (1899).

L'aurification (en collaboration avec le Dr Pont, 1899).

Gaston FOUQUES (1872-1945)

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue, Gaston Fouques, professeur honoraire à l'Ecole Dentaire de Paris.

Chirurgien-Dentiste de la Faculté de Paris, en 1898, il entra dans le Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris en 1903, comme démonstrateur de dentisterie opératoire. Chef de clinique d'anesthésie, en 1904, c'est à cette dernière branche de l'enseignement qu'il se consacra depuis. Professeur suppléant d'anesthésie en 1906, il était professeur titulaire en 1911 et exerçait ces fonctions jusqu'en 1927 où il était nommé professeur honoraire après avoir reçu, en 1923, la médaille d'or de l'Ecole Dentaire de Paris, en reconnaissance des services rendus à notre enseignement.

Il présida la Société d'Odontologie de Paris en 1923-24.

Membre du Conseil de Direction de *l'Association Générale des Dentistes de France* dont il fut Secrétaire général de 1907 à 1909, il en devint vice-président de 1910 à 1911 et enfin président de 1920 à 1923, se consacrant avec un zèle particulier aux questions syndicales, ainsi qu'il le faisait au *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes* dont il présidait la Commission des affaires judiciaires.

C'est à l'anesthésie qu'était consacré son enseignement, c'est à ce même sujet que se rapportent les publications de Gaston Fouques : *L'Anesthésie de courte durée* ; *Le Chloroforme en art dentaire* ; *L'Administration du Chlorure d'Ethyle en vue d'extractions multiples* ; *L'éthérisation et la chloroformisation par le dentiste* ; *Technique des injections sous-muqueuses de chlorhydrate de cocaïne* ; etc.

Il avait été nommé Officier d'Académie en 1909, Officier de l'Instruction Publique en 1922.

Confrère très courtois et très consciencieux dans toutes les fonctions qu'il avait assumées, Gaston Fouques laisse de profonds regrets chez tous ses collègues comme à l'Ecole Dentaire de Paris et à l'Association Générale des Dentistes de France, qui assurent Mme Fouques et ses fils, dont notre confrère Pierre Fouques, professeur à l'Ecole Odontechnique, de leur bien douloureuse sympathie pour la perte de notre cher collègue et ami à la mémoire duquel ils adressent leur souvenir douloureusement ému.

Maurice Roy.

A. DELOURMEL

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris le décès de notre excellent confrère Delourmel, Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, Membre du Conseil de l'Association Générale des Dentistes de France, mort subitement le 15 décembre dernier, alors que nous l'avions vu quelques jours plus tôt, apparemment plein de santé, à l'Assemblée générale de la Société de l'Ecole Dentaire de Paris. Confrère éminemment sympathique à tous, Deloumel ne comptait que des amis parmi tous les confrères et en leur nom nous adressons à Mme Delourmel et à sa fille, l'expression de nos sentiments de bien douloureuse sympathie.

***

Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un des plus anciens membres de notre Groupement, M. Charles-François Beausillon, chirurgien-dentiste, décédé à l'âge de 87 ans, à Chaulgnes (Nièvre).

Officier d'Académie en 1903, de l'Instruction Publique en 1911, il avait été nommé membre honoraire de l'Association en 1936.

Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de Mme Georges Viau, veuve de notre éminent et regretté collègue et ami, membre fondateur de l'Ecole Dentaire de Paris, que nous avons perdu en 1939. Nous adressons nos bien sincères condoléances à la famille, en particulier à nos confrères M. et Mme Thauveny.

Nous annonçons également avec un vif regret la mort de Mme Albert Debray, veuve de notre ancien et bien regretté collègue, chef de clinique à l'Ecole et Secrétaire général de l'Association Générale des Dentistes de France, mort il y a quatre ans. Nous adressons nos douloureuses condoléances à son fils, le Dr Charles Debray, médecin des hôpitaux de Paris.

M. et Mme Jean Rifaux, chirurgiens-dentistes, à Grenoble, membres de notre Groupement, ont été éprouvés par la perte de leur fille, Monique, décédée le 13 décembre 1945, à l'âge de 14 mois.

Nous leur adressons nos bien sincères condoléances dans le deuil cruel qui les frappe.

NOUVELLES

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Seine

174, *rue de Rivoli, à Paris* (1er). Téléphone : OPERA : 61-67

A partir du 1er février 1946, le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Seine organise dans chaque arrondissement de Paris et dans chaque canton de Banlieue une réunion confraternelle présidée par un membre du Bureau du Syndicat de la Seine et où seront traitées les questions suivantes : *Assurances sociales - Soins aux rapatriés - Approvisionnements.*

Au cours de cette réunion, il sera procédé à la constitution de la Section locale du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Seine et à l'élection du syndic et du syndic adjoint de la section.

Le syndic siègera de droit à la Chambre des sections du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Seine où il représentera son secteur (art. 16 des statuts).

Des convocations individuelles seront adressées en temps utile à tous les confrères.

Vu l'importance de ces réunions et des décisions à prendre, la présence de tous les confrères est indispensable.

Le Président : CORNIOU. *Le Secrétaire général* : MOREAU.

Les Vice-Présidents : HULIN, BLOCMAN, FERROIR, SAGOT.

Mariages. — M. François Rambaud, Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 1914-1918, et Mme François Rambaud, chirurgiens-dentistes à Brive, membres de notre Groupement, nous ont fait part du mariage de leur fils, le Dr Jean Rambaud, Croix de guerre 1939-1945, médaille de la Résistance, avec Mlle Sylviane Audoin, célébré le 18 décembre 1945, à Limoges.

Le mariage du Dr Jean Soleil avec Mme Françoise Legendre, a eu lieu à Lille dans la plus stricte intimité, le 21 décembre 1945.

Le mariage de M. André Brunold, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Françoise Rueger, élève à l'E. D. P., a été célébré à Paris, le 28 décembre 1945.

Le mariage de M. Bernard Paul, avec Mlle Françoise Bourguet, tous deux élèves à l'E. D. P., a eu lieu à Paris, le 29 décembre 1945.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE LA FISTULISATION DES ABCÈS ALVÉOLAIRES (ARTHRITES APICALES SUPPURÉES)

Par le Dr Maurice ROY,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Stomatologiste des Hôpitaux.

(*Communication présentée au Congrès de l'A.F.A.S., octobre* 1945)

616.314.17 0023

Les abcès alvéolaires (arthrites apicales suppurées) peuvent se fistuliser par diverses voies : 1° par le canal radiculaire, c'est ce que j'appelle les *abcès borgnes* ; 2° par la muqueuse vestibulaire ou parfois par la muqueuse palatine lorsque la collection intéresse les incisives latérales ou la racine palatine des molaires supérieures ; 3° au niveau de la peau ; 4° enfin, et c'est là le cas le plus rare, par la rainure gingivo-cervicale de la dent.

Je ne m'étendrai pas sur les deux premiers modes de fistulisation sur la pathogénie desquels je n'ai rien à signaler qui ne soit archi-connu ; je me contenterai de rappeler, au point de vue des incisives latérales supérieures, que leur fistulisation si fréquente du côté palatin semble due à ce que l'alvéole de cette dent est le centre d'union de l'os intermaxillaire avec le maxillaire supérieur et doit présenter ainsi une voie plus facile au cheminement des suppurations provenant de l'apex ; cette dent de même que ses kystes, évoluent généralement dans cette direction.

Par contre, je veux appeler votre attention sur les particularités anatomiques qui conditionnent généralement les fistules cutanées, particularités que je n'ai encore vu signalées nulle part et qu'il est intéressant de connaître.

***

Les collections purulentes apicales, lorsqu'elles ont traversé la paroi alvéolaire, se développent dans le tissu cellulaire et, d'une façon générale, même à la mâchoire inférieure, en dépit des lois de la pesanteur, elles viennent se fistuliser dans le sillon vestibulaire. Cette évolution est conditionnée par le jeu des muscles de la face, dont les insertions sont généralement fixées, pour la mâchoire supérieure, *au-dessus*, et, pour la mâchoire inférieure, *au-dessous* de la perforation alvéolaire et, par conséquent, de la collection purulente (fig. 1) ; il en résulte que ces insertions musculo-aponé-

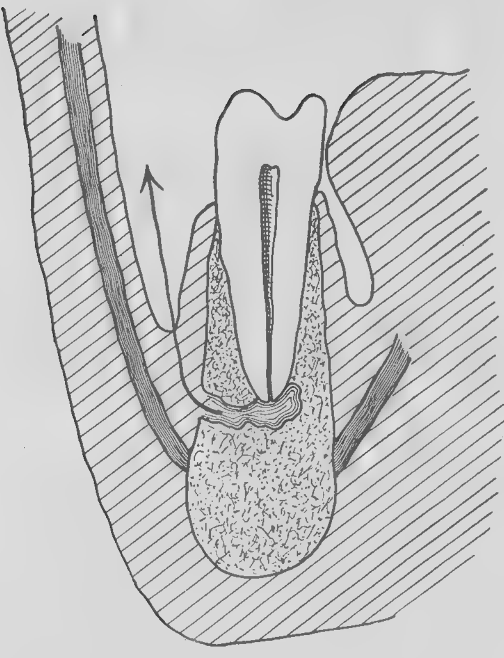


Fig. I. — Abcès alvéolaire à évolution vestibulaire. Le pus traverse la paroi alvéolaire *au-dessus* de l'insertion du buccinateur, les contractions de celui-ci le chassant vers le vestibule de la bouche.

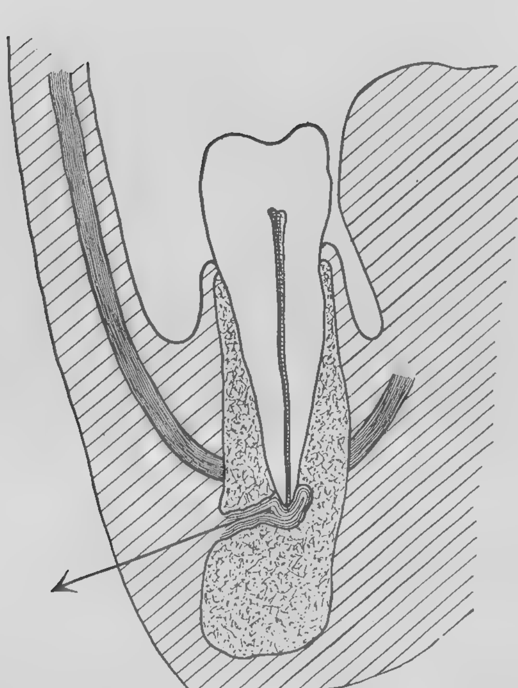


Fig. II. — Abcès alvéolaire à fistulisation cutanée. Le pus traverse la paroi alvéolaire *au-dessous* des insertions du buccinateur qui s'oppose ainsi à la migration du pus vers la région vestibulaire.

vrotiques forment une barrière à la migration du pus et que, en outre, dans tous les mouvements des joues ou des lèvres, ces muscles, par leur contraction, tendent à chasser le pus vers la région vestibulaire, même à la mâchoire inférieure. Tel est le cas le plus général ; mais il peut arriver que ces insertions musculaires se trouvent anormalement plus basses (à la mâchoire supérieure), plus hautes (à la mâchoire inférieure), c'est ce qui se rencontre chez les individus dont le sillon vestibulaire est peu profond.

Or, si, dans ces conditions, la racine de la dent abcédée est un peu longue, la perforation et la collection purulente à laquelle elle donnera issue, vont se trouver dans une situation inverse par rapport aux insertions musculo-aponévrotiques, c'est-à-dire *au-dessus* (à la mâchoire supérieure) ou *au-dessous* (à la mâchoire inférieure) et il en résultera que ces muscles et leurs insertions qui, dans le cas précédent, jouaient pour favoriser la migration du pus vers la région vestibulaire, vont jouer au contraire pour le diriger vers le tégument cutané où il se fistulisera (fig. II). On peut ainsi constater, dans la majorité des cas de fistules cutanées, qu'il y a disproportion entre la profondeur du sillon vestibulaire et la longueur de la racine en cause et que le pus, ainsi que cela est indiqué à tort par divers auteurs, ne traverse pas les plans musculaires, mais évolue en dehors de ceux-ci.

* * *

Si ces considérations sont intéressantes au point de vue pathogénique, elles ne présentent qu'un intérêt relatif au point de vue thérapeutique, ne modifiant pas les indications classiques sur lesquelles il me paraît inutile d'insister ici. Il n'en est pas de même au sujet des fistules gingivo-cervicales dont je veux maintenant vous montrer la pathogénie réelle, car la méconnaissance de celle-ci fait, à tort, porter un pronostic fatal dans ces cas et considérer l'extraction comme étant le seul remède à leur appliquer.

Dans ces fistules gingivo-cervicales, les auteurs considèrent que le pus provenant de la région apicale vient se faire jour à la rainure cervicale en se frayant un chemin entre la racine et la paroi alvéolaire, ce qui implique une destruction totale de celle-ci sur toute la longueur de la racine et, par conséquent, la perte de toute une paroi alvéolaire (fig. III). Si ce mécanisme peut s'observer dans certains cas où il y a combinaison d'un abcès apical par mortification pulpaire avec un gros cul-de-sac pyorrhéique, dans les cas de pulpite rétrograde notamment, il en est tout à fait autrement dans les abcès alvéolaires non accompagnés de pyorrhée avancée. Dans ces cas, en effet, contrairement à ce qui est décrit par les auteurs (voir notamment : Fleury, *Pathologie dentaire*, p. 103 et figure 46) (1), ce n'est pas entre la racine et l'alvéole que se fait l'écoulement du pus, mais entre l'alvéole et la muqueuse, c'est un abcès sus-périosté. Le pus, ayant traversé la paroi alvéolaire au niveau de l'apex, au lieu de se fistuliser sur la muqueuse ainsi que cela se passe habituellement, décolle la muqueuse vestibulaire du périoste alvéolaire et s'insinue entre ces deux plans pour venir s'extérioriser en un point limité de la rainure gingivo-cervicale (fig. IV). Il en résulte que, en

---

(1) Bercher, Fargin-Fayolle, Fleury et Lacaisse : *Pathologie dentaire*, in *Pratique Stomatologie*, chez Masson, Paris 1935.

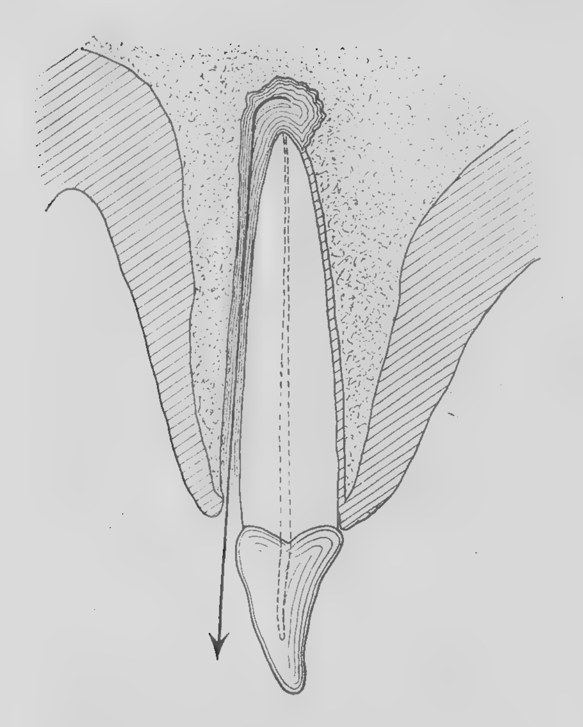


Fig. III. — Cette figure représente, *tel qu'il est indiqué à tort* dans certains ouvrages, le trajet suivi par la suppuration dans les abcès alvéolaires à fistulisation cervicale ; celle-ci se ferait, pour ces auteurs, entre la racine et l'alvéole, impliquant la destruction de toute la paroi alvéolaire, alors que, sauf dans les pulpites rétrogrades, il s'agit d'un abcès *suspériosté*. (Voir fig. IV).

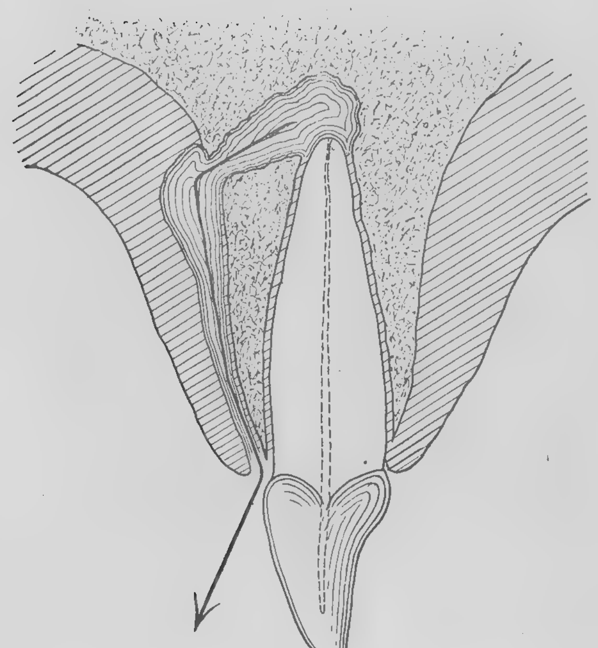


Fig. IV. — Evolution exacte du trajet fistuleux des abcès alvéolaires à évolution cervicale. Comme on le voit, il s'agit d'abcès *suspériostés* ; la paroi alvéolaire n'est détruite qu'au niveau de la perforation apicale, ce qui permet la guérison après désinfection et obturation du canal radiculaire.

dehors de sa destruction limitée au niveau de l'apex comme dans tout abcès apical, la paroi alvéolaire n'est nullement détruite dans le reste de son étendue et toujours revêtue de son périoste externe et c'est pourquoi, une fois la suppuration apicale tarie par la désinfection canaliculaire, les tissus mous pourront reprendre leurs connextions avec le périoste alvéolaire, non détruit, et la dent peut ainsi guérir dans d'excellentes conditions. C'est le résultat que j'ai pu obtenir dans les quelques cas de cette complication, très rares je le répète, que j'ai eu à traiter et où, justement à cause de la méconnaissance exacte de leur pathogénie, des confrères précédemment consultés avaient conclu à l'impossibilité d'une guérison.

* * *

Il est encore une autre forme d'abcès sus-périosté qui, moins rare que la précédente, est intéressante en ce qu'elle donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic, ce sont les *abcès enkystés.* Dans ces cas, le pus, ayant traversé la paroi alvéolaire, se collecte dans le tissu cellulaire, comme dans les abcès ordinaires, mais, prenant à ce moment une forme torpide, il ne sphacèle pas la muqueuse pour venir se fistuliser dans le vestibule, il reste entre la muqueuse et la paroi alvéolaire, déterminant la formation d'une petite tuméfaction fluctuante de la grosseur d'une petite noisette donnant l'impression d'un kyste paradentaire ; or, la radiographie montre qu'il n'en est rien, car les lésions osseuses sont limitées à une petite portion de la région apicale et non pas étendues et de forme plus ou moins sphérique comme dans les kystes ; et, de fait, ce pseudo-kyste, ouvert et détergé au chlorure de zinc, se comporte ensuite comme un abcès fistulisé ordinaire et cette ouverture combinée avec la désinfection puis l'obturation canaliculaires pourra amener la guérison parfaite des lésions sans entraîner les destructions étendues résultant de l'évolution d'un kyste paradentaire.

* * *

Telles sont les quelques considérations que j'ai cru devoir signaler à propos de la fistulisation des abcès alvéolaires ; elles ne sont sans doute pas ignorées de nombre d'entre vous, néanmoins il m'a paru qu'il n'était peut-être pas inutile de les exposer clairement pour modifier certaines données erronées exposées dans des traités classiques.

CAUSES D'ACCIDENTS DANS LA COULÉE DES MÉTAUX

Par L.-J. CECCONI,
Chirurgien-Dentiste D.E.D.P.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 mars 1945.)

616.314×32

Les principales causes peuvent provenir des facteurs suivants :

1° De la tige de coulée ;
2° De la mise en revêtement ;
3° Des revêtements ;
4° Du métal employé ;
5° Des appareils servant à exécuter la coulée ;
6° Du chauffage.

1° De la ou des tiges de coulée. — La détermination du siège de la tige de coulée sur une pièce ou un objet quelconque,

de même que son sens,
le nombre des tiges de coulée,
leurs longueurs,
leurs grosseurs suivant le métal à couler,
l'utilisation des évents,

sont autant de facteurs dont on devra tenir le plus grand compte pour mener à bien une telle opération.

2° De la mise en revêtement. — De la mise en revêtement dépend aussi la bonne réussite de la coulée.

Epaisseur régulière de grain fin sur toutes les parties de l'objet à couler.

Ne pas trop laisser sécher le grain fin avant de mettre le gros grain : au contraire, couler ce dernier dans la gaine dès que le grain fin devient mat.

Pour l'acier, avec certains revêtements, alterner les couches de revêtement gros grain liquide avec des couches de revêtement sec en poudre.

3° Des revêtements. — En ce qui concerne les revêtements, je rappellerai seulement qu'à l'inverse du métal, le revêtement chauffé à tendance à se rétracter, d'où le choix et l'utilisation judicieux de son revêtement. Néanmoins, il existe à ce jour une grande quantité de revêtements tous assez au point pour donner satisfaction au praticien.

Voici quelques formules classiques de revêtements :

Formules de G. Villain :

Grain fin :		*Gros grain :*	
Plâtre	1	Plâtre	2
Talc	1	Sable de rivière	3
Kaolin	1	Fibres d'amiante	1

Formule de Bennejeant pour gros grain :

Tripoli	1 ½
Plâtre	1

Tripoli. — Pour mémoire, substance minérale composée de fines particules de silice, provient des argiles des volcans torréfiés naturellement.

A noter que les revêtements couramment utilisés ont été surtout étudiés pour l'or, c'est-à-dire pour un degré de chauffage voisin de 1100° et peuvent s'appliquer également pour des métaux ayant leur point de fusion intérieur mais ne sauraient être valables avec les mêmes chances de succès pour un chrome-nickel fondant vers 1280°, par exemple.

Pour ces alliages et les aciers, il existe d'autres revêtements spécialement étudiés et dans lesquels les proportions de substances sont différentes, augmentées de nouvelles variétés de substances minérales et même chimiques ; c'est ainsi qu'avec certains revêtements, on trouve un liquide différent de celui employé couramment.

Ces liquides sont des solutions aqueuses dans lesquelles on trouve des traces de silicate d'alumine et aussi des traces d'acide phosphorique. En effet, pour ces alliages, il n'y a pas que la dilatation à neutraliser, mais aussi la cristallisation et l'oxydation.

Mais encore une fois, je ne signale cela que pour mémoire et pour mettre en garde contre les inconvénients qui pourraient résulter d'une mauvaise utilisation en me gardant, toutefois, de développer un point qui serait en dehors du sujet qui nous intéresse.

4° Du métal employé. — En règle générale, avant toute chose, employer toujours du métal neuf, c'est-à-dire n'ayant pas encore servi à la coulée ; et ceci, qui a son importance pour l'or, en a encore plus pour les alliages et métaux de remplacement.

La grosseur de la masselotte a aussi son importance, elle doit être d'environ trois fois le poids de l'objet à couler.

Au premier rang des métaux à couler, les plus généralement employés étaient les ors.

On les trouve dans le commerce sous deux formes : or jaune, or rouge. En dentisterie, on emploie plus généralement l'or jaune alors que l'or rouge est préféré en bijouterie.

Dans l'or jaune se trouve, suivant le titre, une faible proportion d'argent, alors que dans l'or rouge, l'apport est fait de cuivre. Villain et Martinier ont donné une étude très approfondie de cette question. Reste les ors spéciaux, paladiés et autres ; là, Housset dans des travaux récents nous a entièrement documentés sur leurs indications et leur utilisation judicieuse en prothèse.

Principaux points de fusion légèrement variables suivant l'or employé, mais cependant, à rechercher pour le meilleur résultat :

Or à 24 c.	1.060°
— 22 c. jaune	1.045°
— 22 c. rouge	985°
— 20 c.	1.018°
— 18 c.	951°

Après l'or, existaient de bas alliages plus généralement connus sous le nom de Victoria ou Randolf (1), dont l'emploi a peu à peu cessé en raison de leur peu de résistance en bouche, de leur altérabilité, de leur usure.

Je passe à dessein l'étain, métal idéal s'il en fût pour les muqueuses mais servant plus généralement à faire des bases lourdes pour les appareils du bas et qui n'est pas coulé par les méthodes qui nous intéressent.

Et nous arrivons aux métaux, dits de remplacement. On pourrait distinguer ceux fondant au-dessus de 1.100° et ceux fondant avant cette température, pour la raison simple que les moyens dont nous disposons pour atteindre ces températures se trouvent précisément variés à ce niveau : au-dessus de 1.100°, alliages à point de départ *acier* ; au-dessous, alliages argent, cuivre, bronze, divers, etc..., sur ce chapitre Pierson s'est livré à des travaux sur lesquels je me garderai d'empiéter.

---

(1) Métal de *Bean* : étain, argent.
Victoria : alliage étain, antimoine, laiton.
Métal de *Wood* : bismuth, plomb, étain, cadmium.
— *Hodgen* : bismuth, plomb, étain, antimoine.
— *Brophy* : aluminium, argent, étain.

L'acier. — Il semble bien que l'idée première de l'emploi de l'appareil tout acier, dans un but thérapeutique, revient à Hauptmeyer qui présenta ses travaux à Iéna, en 1919, bien qu'avant lui de nombreux praticiens avaient déjà eu recours à des appareillages mixtes : vulcanite acier, fil d'acier, surtout en orthodontie (1906) ; appareils extenseurs, GODON, BONSARD, DOUZILLÉ, de CROES, COFFIN, CECCONI.

Il créa une technique appropriée qui révolutionna les méthodes d'appareillages métalliques d'alors.

L'acier est un alliage de fer et de carbone, température de fusion : 1.520°.

Il existe une vaste gamme d'aciers à usages divers : acier au tungstene, au molybdene, au vanadium, au silicium, au titane, au cobalt, à l'étain, à l'aluminium, au manganèse.

Nous retiendrons seulement les aciers utilisés en art dentaire qui sont, en général, des aciers contenant une plus ou moins grande quantité de chrome et de nickel variant suivant les fabrications.

Le nickel, densité 9 ; température de fusion 1484°. Joint à l'acier ordinaire, il abaisse la température des points de transformation. Il a également l'avantage de lui conférer une grande malléabilité.

Le chrome, densité 6,92 ; température de fusion 1.778°. Allié au fer et à l'acier, leur confère l'inaltérabilité.

Le fait de joindre le chrome à l'acier ordinaire a pour résultat d'abaisser la température propre aux transformations allotropiques du fer.

Les aciers au chrome résistent à la corrosion dans la proportion de 13% de chrome (Brearly).

Voici, à titre d'exemple, les proportions d'un acier couramment utilisé : le WIPLA, chrome 17,80 %, nickel 8,56 %, donc en général chrome variable de 18 à 20 % et nickel de 8 à 10 %.

Propriétés physiques de l'acier :

Fusion, 1.440° ; densité, 7,7 à 7,8 ;
Conductibilité thermique, 0,003 unité C. G. S.

à titre de comparaison :

Cuivre : conductibilité thermique 0,92 unité C. G. S.
Fer : — — 0,15 unité C. G. S.
Coefficient de dilatation : 1 fois 1/2 celui de l'acier.

Il est aisé par cet exposé succinct de déduire les inconvénients pouvant résulter d'un chauffage inapproprié de ces alliages.

L'acier employé en prothèse est formé à l'état susténitique, c'est-à-dire qu'il se trouve dans des conditions normales de structure moléculaire pour résister au mieux aux influences chimiques et mécaniques.

Au cours du chauffage, il peut perdre cet état par chauffage insuffisant.

Par exemple, en chauffant entre 500° et 900°, l'acier change de structure par apparition de carbure (le long des joints des cristaux polyédriques de la solution solide). Il y a donc le plus grand intérêt à éviter cet écart de chauffage.

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans le détail, ni de faire de la question thermique de l'acier un exposé qui déborderait le cadre que je me suis fixé, mais je tenais tout de même à attirer l'attention sur ce point important du degré de chauffage des métaux et des inconvénients qui pouvaient en résulter pour la réussite de nos coulées.

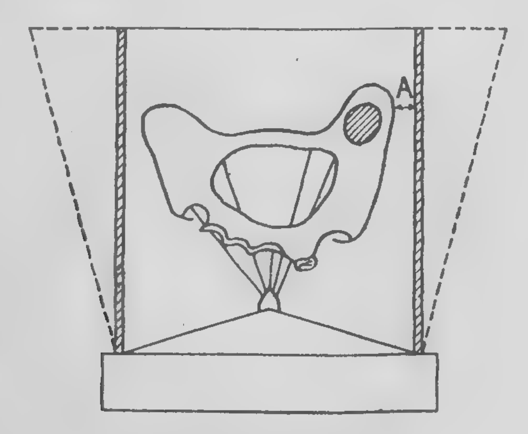
Les alliages de la seconde partie, c'est-à-dire que l'on peut traiter avec le chalumeau à gaz ordinaire, sont des alliages à base d'argent, de cuivre, d'aluminium, bronze, bronze d'aluminium, etc... Là, je ne m'étendrai pas non plus ; je rappellerai seulement l'inconvénient contraire à

celui cité plus haut : le danger de la surchauffe qui rompt l'équilibre des alliages, modifie leur structure moléculaire et diminue considérablement leur résistance aux agents chimiques du milieu buccal, aux actions physiques, résistance à la pression, à la torsion et à toutes les forces résultant des fonctions mandibulaires.

5° Des appareils servant a exécuter la coulée. — Nous avons d'abord les appareils principaux, puis les appareils secondaires auxquels viennent s'ajouter une troisième catégorie d'appareils combinant ingénieusement les deux premiers groupes.

a) Ce sont d'abord les divers chalumeaux, combinaison gaz et air comprimé soit par soufflerie au pied, soit par bouteille ou tout autre moyen de distribution.

Veiller au judicieux mélange des deux éléments, une flamme trop riche brûle et ne fond pas.



Ancien système.
A · largeur insuffisante

Puis, après le gaz d'éclairage, le plus généralement utilisé, il y a le gaz butane d'un maniement plus délicat et qui demande une certaine habitude.

Puis ce sont les chalumeaux oxhydriques plus rarement utilisés au laboratoire en raison de leur encombrement et des difficultés résultant de l'utilisation des bouteilles et de leur maniement.

Enfin, l'arc électrique qui a tendance à se vulgariser ces derniers temps avec succès, mais dont l'utilisation judicieuse demande aussi une certaine pratique.

b) Dans cette seconde catégorie, j'ai rangé tout d'abord la fronde la plus communément utilisée et dont on a oublié le nom : fronde de *Bardet*.

Puis, c'est le centrifugeur de *Pont* ; celui de *Jameson* ; et enfin, la fameuse pince de *Solbrig*.

c) Nous avons les appareils de Taggart, de Réal, de Hotz et la presse Solbrig-Platschick qui semblent réunir ainsi que je l'ai dit plus haut, les deux premières fonctions et, par conséquent, présentent de sérieux avantages ; cependant la pratique nous enseigne que là encore on doit se garder d'un optimisme exagéré.

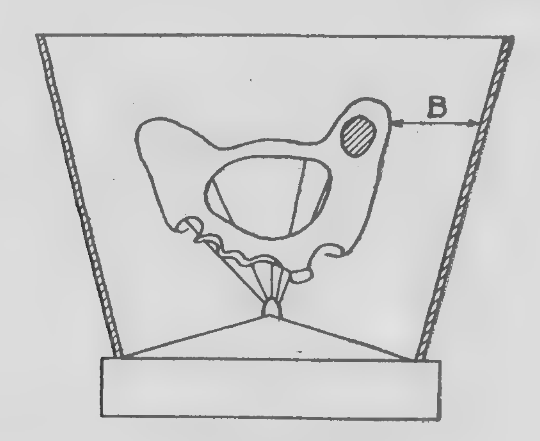
Il existe encore actuellement de nombreux appareils destinés à faciliter la coulée des métaux, les uns sont des appareils à surpression, d'autres pneumatiques cherchant à utiliser le vide, d'autres enfin, permettent la coulée dans un cylindre froid ; mais je m'abstiendrai d'en citer aucun. Tous ces appareils sont trop récents et trop peu vulgarisés pour les incorporer déjà dans le cadre classique de ceux cités plus haut.

6° Du chauffage. — Question extrêmement délicate normalement et rendue encore plus épineuse par les difficultés actuelles.

Il y a lieu de distinguer trois phases différentes :

a) Déshydratation du moule, fonte de la cire ;
b) Chauffage du moule proprement dit ;
c) Chauffage et fonte du métal à couler.

a) La déshydratation doit s'opérer sur une flamme molle, très large.



Système rationnel.
B : largeur normale

Premier stade. — Le moule n'est pas en contact direct avec la flamme, température environ 40° ;

Deuxième stade. — Fonte de la cire, température environ 80 à 90°. Ne pas oublier de disposer le moule la pointe de coulée face à la flamme, sur la face intérieure du moule, de façon à permettre l'écoulement de la cire fondue par le conduit.

Plus la chaleur est lente, plus l'évaporation est progressive et mieux elle se fait écartant ainsi les risques de porosites et de fissures dans le revêtement.

Augmenter autant que possible la surface d'évaporation.

b) *Chauffage du cylindre proprement dit.* — Le moule tout entier doit être porté au rouge, mais il faut éviter la chaleur brutale ; les phases successives : chaud, froid, chaud, et aussi le surchauffage qui abime le moule et nuit à la netteté de la coulée.

c) *Chauffage et fonte du métal à couler.* — Il arrive fréquemment qu'entre ces deux dernières phases de l'opération, un incident quelconque survient qui nuit à la rapidité de l'exécution, on a alors un moule qui se refroidit.

Il est facile de le réchauffer en agrandissant la flamme du chalumeau, mais alors, c'est le métal à fondre qui risque d'être trop chauffé et de s'abîmer ; déjà l'or doit craindre la surchauffe, mais encore davantage les métaux de remplacement et notamment le bronze d'aluminium qui grillent et ne permettent plus d'être coulés. Ou bien l'on coule dans un moule refroidi et l'on a une mauvaise coulée, cristallisation du métal par refroidissement ; ou bien, si l'on coule un dessus de couronne, par exemple, le dessus ne se brasse pas avec la bague, et si l'on coule une grande plaque avec des crochets et des ancrages ou un corps de bridge sur des piliers, ces derniers ne se brassent pas où les extrêmités de la plaque n'ont pas coulé ; il faut alors recommencer soit entièrement, soit partiellement. Double dépense de temps, de matériaux et aussi de chauffage, ce qui a une importance d'autant plus grande que, pendant un certain temps la durée d'attribution du gaz, le plus généralement utilisé, était très limitée et ne permettait pas de recommencer la même opération dans la même journée.

Conclusions

Cet état de choses a donc contraint le praticien à une recrudescence d'attention et de précautions dans ses manœuvres de laboratoire et c'est ainsi que j'ai été amené à faire les constatations suivantes :

Pour que la coulée se fasse bien, il est nécessaire d'obtenir une chaleur égale et constante sur toute l'étendue de l'objet à couler.

Il m'a donc paru indispensable d'avoir une épaisseur de revêtement sensiblement égale sur toute la surface de la pièce.

Or, en analysant la méthode actuelle, je me suis aperçu qu'en employant une manchette cylindrique pour mes mises en revêtement, j'arrivais à ce résultat que le métal fondu passait dans une partie très chauffée grâce à la bonne épaisseur de revêtement et qu'en arrivant au niveau de l'objet à couler où la chaleur devrait être à son maximum, au contraire il arrivait régulièrement dans une partie moins chaude du fait que c'est l'endroit où l'épaisseur du revêtement est la moindre de toute la gaine, d'où complications de toutes sortes énumérées plus haut. (Voir figure ci-contre).

J'ai donc substitué à la gaine cylindrique une gaine conique qui m'a paru plus rationnelle.

Avantages. — 1° Augmentation de la visibilité ;

2° Facilités plus grandes dans les manœuvres de mise en revêtement ;

3° Augmentation de l'épaisseur du revêtement au point qui nous occupe ;

4° Réduction des risques de variation de température ;

5° Augmentation sensible de la surface d'évaporisation.

PROCÉDÉ de MÉTALLISATION des PORCELAINES DENTAIRES PERMETTANT LEUR FIXATION SUR LES PLAQUES DE PROTHÈSE MÉTALLIQUE

Par M. Paul WALTER

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 1er mai 1945)

616.314×14

Mes premières paroles seront pour vous exprimer mes remerciements, de l'honneur que vous me faites en me recevant dans votre réunion de ce soir. Mes occupations sont en réalité, bien différentes des vôtres et j'ai été amené ici, par une circonstance qui mérite d'être signalée.

En bavardant il y a quelques mois, avec un de vos éminents collègues, et ancien Président de votre Société : M. Martial PIERSON, je lui avais signalé que j'étudiais le problème de la Métallisation des Porcelaines — je vous dis tout de suite, à usage non dentaire — et il me fit connaître tout l'intérêt qu'il y aurait à employer ledit procédé sur les porcelaines utilisées dans votre profession, afin de permettre leur fixation sur des plaques de prothèse.

J'ai alors procédé à différents essais, donnant des résultats de qualité variable, puis, par une suite de travaux entrepris systématiquement, j'ai pu obtenir une amélioration sensible du procédé qui correspond à la mise au point que je vais vous exposer.

Il existe plusieurs procédés, soit réalisés, soit restés dans le domaine théorique, comme tendant à obtenir le même but.

Un de ceux proposés, est la métallisation des porcelaines par progression des métaux pulvérisés à chaud à l'aide d'un pistolet de métallisation.

Je rappelle la technique en quelques mots : la partie de la porcelaine sur laquelle on veut déposer le métal, doit être très soigneusement sablée, puis on pulvérise le métal vivement à l'état de fusion à l'aide d'un vaporisateur utilisant l'air comprimé comme véhicule, le schéma de l'appareil que l'on emploie appelé couramment Pistolet de métallisation, est le suivant :

Une chaleur oxy-acétylénique à haute température dans la flamme de laquelle passe le métal, soit à l'état de fil, soit à l'état de poudre ; dans les deux cas, le métal est fondu et un puissant jet d'air comprimé par l'utilisation d'un système de tuyère et d'ajustage spéciaux, permettent la vaporisation très fine ainsi projetée du métal à recouvrir.

Ce procédé qui est utilisé couramment dans l'industrie, donne de remarquables résultats, ne semble pas avoir — sauf erreur ou omission de ma part — rencontré de succès dans l'art dentaire pour les deux raisons suivantes :

D'abord, il y a une adhérence sur la porcelaine et, éventuellement sur l'ivoire, sans doute insuffisante. Il va de soi, que si la surface d'une dent présentait plusieurs centimètres carrés, j'entends pour la partie de la plaque, cela serait sans doute excellent, mais comme il s'agit de quelques millimètres carrés seulement et qu'il ne peut évidemment en être autrement, la surface d'accrochage est donc restreinte et, par conséquent, l'adhérence est insuffisante.

Une autre raison, à mon avis au moins aussi importante, est la porosité de ce dépôt métallique. Je n'insisterai pas sur les répercussions de ce grave

défaut au point de vue hygiène : impossibilité absolue de désinfecter une sorte d'éponge métallique ainsi formée, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner.

On a proposé également d'autres procédés, par exemple celui électrolytique, qui consiste à déposer par un moyen mécanique une épaisseur de graphite sur les parties de la dent à recouvrir de métal, puis à déposer par électrolyse tel métal usuel dans l'art dentaire.

Le procédé donne quelquefois des résultats, mais en général très inégaux, qui se traduisent par de grandes variations dans l'adhérence du dépôt. L'idéal, quand on établit un tel dépôt, serait de provoquer une surface comportant des zones de rétention, mais cela me semble assez compliqué, surtout comparativement au procédé dont je vais maintenant vous entretenir.

Le principe de ce procédé est d'utiliser un métal, soit à l'état définitif, soit à l'état intermédiaire, c'est-à-dire, permettant sur ce dernier de souder tel autre métal plus intéressant. Ce métal doit être capable de donner, avec les composants de la porcelaine qui sont des silicates complexes, des silicates métalliques rigoureusement adhérents à la matière elle-même ; puis, sur ces silicates métalliques, on dépose de nouvelles couches de métaux, afin de ne plus avoir en dernière analyse qu'un métal bien déterminé, qui servira, et je le répète, soit tel quel, soit intermédiaire pour la soudure de tel métal de votre choix.

Il y a actuellement deux métaux que l'on trouve dans le commerce, qui sont des argentures et des dorures liquides pouvant convenir. Ces produits, utilisés pour des usages artistiques, ne peuvent en général être utilisés sans de très grandes précautions, car il ne faut pas oublier que dans les travaux artistiques, on ne se contente que de questions d'aspect, tandis que pour notre problème, il s'agit d'avoir une couche métallique parfaitement adhérente et d'un métal pur, et c'est là toute la nouveauté de mon procédé.

Les argentures et les dorures dont je vais vous parler sont des liquides de composition chimique assez complexe, sur lesquels il est cependant intéressant de se pencher un instant.

L'analyse prouve que ces produits obtiennent un pourcentage d'environ 50 % de métal à l'état colloïdal, ou très finement pulvérisés, un pourcentage compris entre 2 et 5 % de fondants minéraux, souvent à base d'acide borique ou de borax.

Ce pourcentage comporte également une petite proportion de métaux à bas point de fusion tel que bismuth, susceptible de donner des alliages binaires, voire même ternaires ; dans certains cas d'un très bas point de fusion et permettant la formation et la combinaison de la silice et du métal noble employé.

Ces produits contiennent également environ 40 à 45 % de matières organiques à base d'essence de térébenthine, en grande proportion, d'essence de lavande et d'autres essences odorantes en plus faible quantité.

J'ajoute que je n'ai trouvé aucune explication vraiment scientifique sur l'utilisation de ces produits, dont l'utilité est cependant indéniable, il semble que le mystère soit total et je le livre à votre méditation.

Certains produits d'argenture et de dorure peuvent contenir du platine, qui, d'ailleurs, a actuellement complètement disparu. L'intérêt de ce platine est une très bonne adhérence de la couche, quoiqu'il me semble difficile d'en avoir une meilleure en prenant les précautions dont je vais vous entretenir, et j'ouvre une parenthèse, et de suite, en vous précisant que si on pouvait se procurer actuellement du platine liquide, mon procédé serait exactement applicable et le résultat comporterait tous les avantages de ce métal qui est particulièrement bien vu dans votre profession.

Je vous présente le schéma de différentes opérations relatives à l'argenture d'une porcelaine dentaire (fig. 1).

L'examen du dernier schéma vous montre que la proportion de silicate d'argent des formules $SIC^3 Ag^2, 2 H^2O$, augmente en sens inverse de celle du métal, finalement, l'argent disparaît pour laisser la place au silicate d'argent, qui, à son tour disparaît, pour ne plus laisser subsister que les silicates d'alumine et de magnésie qui sont à la base de vos porcelaines. Un point important à résoudre est que la température de formation du silicate d'argent, est telle que la totalité de l'argent se combine au silicate, lorsque cette température est atteinte, d'où formation d'un verre d'argent transparent, très peu coloré, sur lequel il est absolument impossible de souder.

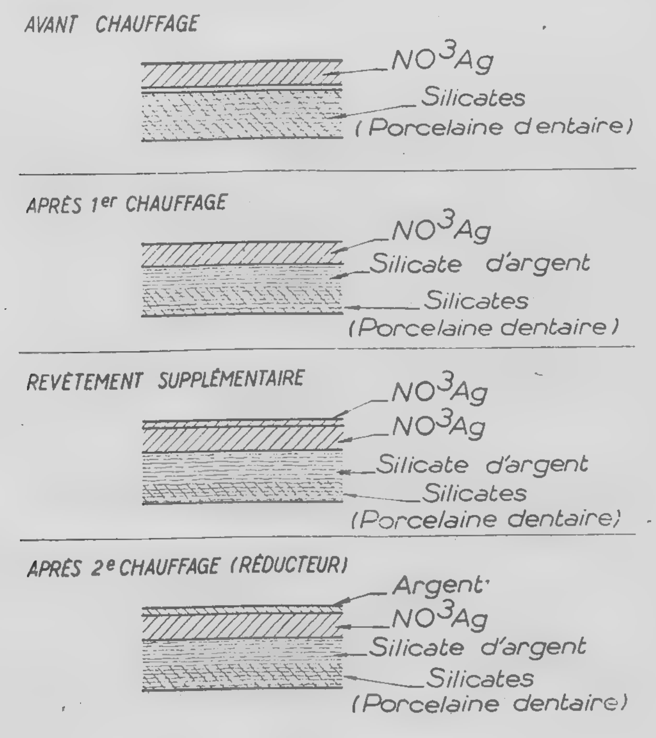


Fig. 1.

Par contre, si la température est insuffisante, l'argent métal reste bien apparent, on peut souder, mais comme la formation du silicate d'argent est incomplète, il y a manque d'adhérence, c'est pourquoi j'estime qu'il convient d'opérer en deux temps, selon le processus suivant :

On applique la dorure ou l'argenture au pinceau sur les parties à traiter, sans aucune protection pour les parties à réserver, puis on laisse sécher et on porte dans un four métallique à une température de 600 degrés environ. Après un quart-d'heure, la température du four est abaissée de 50°, chiffre que l'on maintient pendant un quart-d'heure encore, puis les porcelaines dentaires peuvent être sorties du four.

En raison de la difficulté qu'il y a de changer rapidement de température — et la durée a une grande importance — il est préférable d'utiliser deux fours maintenus constamment aux températures précitées et on déplace les porcelaines d'un four à l'autre au moment opportun.

Les températures opératoires ont une très grande importance, mais elles varient selon les natures du métal et selon la composition de la formule de la peinture liquide.

Dans certains cas, il peut être intéressant de recommencer deux ou trois fois un traitement identique à celui que nous venons de décrire, dans le but notamment d'augmenter l'épaisseur de la couche de métal noble, mais il ne faut pas oublier d'une façon générale que, ainsi que pour le dépôt d'électrolitique, l'épaisseur d'une couche n'a absolument rien à voir avec son épaisseur, et c'est souvent même le cas inverse.

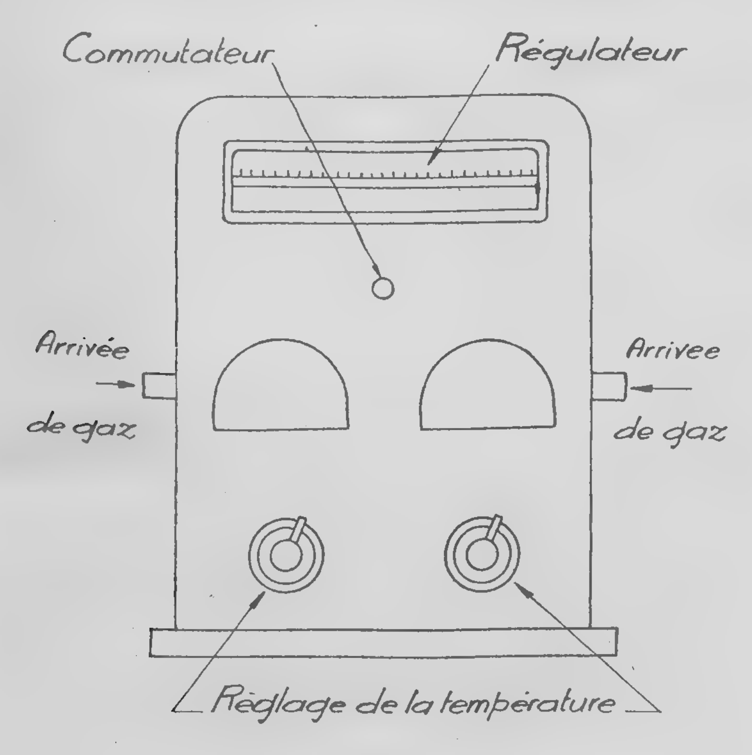


Fig. 2.

Lorsque la porcelaine dentaire est utilisée telle quelle, par exemple, après dorure ou après platinage, ces métaux étant directement employés, il ne semble pas que j'aie d'autres renseignements à vous donner.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une couche d'argent métal, qui ne peut être utilisée en bouche sans les inconvénients que vous connaissez bien, il y a lieu de recouvrir ce dit métal par un autre donnant satisfaction ; à ce moment, en plus des métaux nobles, tels que or et platine, il y a également le chrome, peut-être le nickel et d'autres métaux d'origine moins usuelle, tels que le paladium, le radium, actuellement moins employés.

On verra que sur les métaux ainsi déposés, on peut souder par tous les procédés usuels, soudure, brasure, voire même micro-soudure autogène, point sur lequel j'aurai peut-être à revenir.

J'étudie, en effet, actuellement, un micro-chalumeau oxy-acétylénique, permettant d'exécuter des soudures autogènes et par conséquent, des dépôts de toute sorte, y compris l'acier inoxydable, sur des surfaces de quelques millimètres carrés.

Si la question vous intéresse, lorsque ce matériel sera réalisé, je vous le présenterai avec les démonstrations à l'appui.

Je n'ai pas besoin d'attirer votre attention sur l'intérêt d'utiliser l'acier inoxydable, qui n'a pu être déposé jusqu'à ce jour par aucun des procédés chimiques ou électro-chimiques connus.

***

La deuxième communication que j'ai à vous faire, concerne un four pour prothésiste (fig. 2), permettant de travailler dans des conditions beaucoup plus précises que celles que l'on était habitué à utiliser jusqu'à ce jour.

Il existe en effet actuellement, un excellent matériel, le plus souvent à chauffage électrique. A l'aide de bobinage de fils de platine ou encore de baguettes de carbure de silicium.

J'insiste sur l'excellence de ce matériel, au sujet duquel il n'y a pas d'amélioration notable à apporter.

Je vous propose simplement les deux possibilités suivantes :

D'une part, un contrôle rigoureux de la température du dit four à deux ou trois degrés près pour 1300° environ, et le contrôle également de l'atmosphère de ce four.

Cette atmosphère peut être, à volonté, oxydante ou réductrice ou correspondant à tel gaz, par exemple azote, que l'on trouve dans le commerce ; quoi qu'il en soit, le gaz ou les gaz en mélange qui doivent composer l'atmosphère du four, arrivent par une entrée latérale et ressortent de même.

Lorsqu'il s'agit du mélange de différents gaz, on pourrait utiliser un mélangeur-doseur, que j'ai employé dans d'autres appareils de laboratoire. Ce mélangeur-doseur est ainsi conçu :

Les gaz venant dans le générateur, soit de la bouteille de gaz comprimé, soit oxylite, ou de toute autre source, sont introduits dans une enceinte d'un petit volume, par exemple : un quart de litre contenant un liquide moins réactif. Ces gaz arrivent par des gicleurs soigneusement équilibrés et trempant dans le liquide.

L'enceinte est munie d'un verre transparent avec un éclairage électrique intérieur, de telle sorte qu'on peut compter les bulles de gaz dégagées et établir ainsi des mélanges rigoureusement déterminés, en augmentant ou en diminuant le débit de certains gaz, les uns par rapport aux autres.

Lorsque ces gaz sont mélangés, ils sont recueillis par un collecteur, et ensuite, par le four qui nous intéresse.

Messieurs, je vous ai exposé les communications que je voulais vous présenter, je dois vous remercier de votre bienveillante attention, ainsi que M. le Président DELIBÉROS, M. Martial PIERSON, ancien Président de votre Société, votre collègue, M. GONON, et M. MOURGUES, Directeur des *Etablissements White*, qui m'a facilité la fourniture des porcelaines que je vous ai présentées.

REVUE DES LIVRES

Dr C. Zbinden. — **Les Amalgames dentaires et les procédés d'obturation mixte.** — (*Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie*, n° 4, 1945).

Le travail de M. Zbinden, de Lausanne, est une étude très bien présentée et très claire sur les amalgames dentaires et les divers procédés d'obturation mixte dont il est partisan. C'est une mise au point d'un procédé de dentisterie opératoire que depuis plus de cinquante ans certains praticiens pratiquent à leur grande satisfaction, mais qui, pour donner satisfaction, demande beaucoup de minutie dans son *modus faciendi*.

Dans une première partie, l'auteur rappelle la composition et les propriétés physico-chimiques des amalgames dentaires ; dans une seconde partie, beaucoup développée, il étudie les diverses obturations mixtes.

Dans la première partie, M. Zbinden expose succintement la composition des amalgames dentaires, leur formation physico-chimique, la manière de les employer en art dentaire. Il rappelle, tout d'abord, que d'après Bain et Knight, de Bristol, il n'y a qu'un seul et vrai composé chimique entre les éléments argent et étain correspondant à l'amalgame parfait et constitué approximativement par 75 % d'argent et 25 % d'étain. Tous les alliages contenant une moindre proportion d'argent peuvent être considérés comme composés d'une portion de mélange à ce titre et d'un certain pourcentage d'étain libre. Le mélange étain-mercure ne forme pas de composé chimique solide ; il ne donne qu'une masse pâteuse et friable qui ne durcit jamais. Par contre, le composé argent-mercure donne un produit cristallisé de forme arborescente connu sous le nom d'Arbre de Diane. C'est donc le système ternaire argent-étain-mercure qui sert à préparer l'amalgame pour obturation dentaire. Cet amalgame est une solution d'un amalgame vrai à proportion chimique définie argent-mercure dans une plus ou moins grande quantité de liquide, représenté par l'excès de mercure mélangé à l'étain. Cet excès doit être réduit au minimum. En effet, Black a montré que l'expansion et la contraction d'un amalgame sont dues : 1° Aux proportions relatives d'argent et d'étain contenues dans l'alliage ; 2° à la proportion de mercure par rapport à cet alliage. Ceci étant admis, l'auteur signale que la façon dont l'amalgame est préparé a une grande influence sur ses qualités. Il décrit enfin sa méthode personnelle qui lui a toujours donné toute satisfaction.

Dans la deuxième partie, l'auteur fait, tout d'abord, un exposé de ce qu'était vers 1895 les matières obturatrices dont on se servait en art dentaire : or, amalgame, ciment à l'oxyphosphate de zinc. Il insiste sur ce fait qui le frappa beaucoup, à savoir que ces ciments avaient une adhérence extraordinaire à la cavité et un effet remarquable de conservation et de durcissement sur la dentine. Cette constatation faite, il parut très naturel à M. Zbinden d'essayer si l'on pouvait, en commençant l'obturation à l'amalgame ou à l'or par un tapissage de la cavité avec du ciment, y forcer de suite l'amalgame ou l'or et faire bénéficier ces matières obturatrices de qualités qui leur manquaient : l'adhérence aux parois, la facilité d'application, l'insensibilité aux différences de température, la conservation de la teinte de la dent et aussi ce genre de durcissement qu'opère, probablement par réaction pulpaire, la présence du ciment à l'oxyphosphate.

Ces essais furent convaincants et la méthode utilisée avec profit ; mais le ciment à utiliser dans ces obturations mixtes ne doit pas être quelconque, il doit posséder certaines qualités (pouvoir s'employer à consistance crémeuse, ne pas être trop acide...). L'auteur préconise le ciment Harward (Jenkins) mais il existe d'autres marques qui peuvent être également employées.

L'auteur décrit ensuite la façon d'opérer pour chaque genre d'obturation mixte :

1° Obturation mixte ciment-amalgame ;
2° Obturation mixte ciment et or adhésif ;
3° Obturation mixte oxyphosphate et ciment émail-silicate.

M. Zbinden termine ce travail par l'historique des travaux des auteurs ayant étudié et préconisé cette méthode obturatrice de choix : Cuningham de Londres, Rodier, Kirk, Baldwin, Darcissac.

P. V.

Dr Henry Chaumartin. — **Diverses plaquettes publiées aux intentions du Corps médical, aux dépens des Laboratoires annonciers.** — (Vienne-la-Romaine).

Notre confrère, le Dr H. Chaumartin, de Vienne, fait paraître depuis quelques années une intéressante collection consacrée à la petite histoire de la Médecine. Parmi les dernières plaquettes publiées, signalons : *Gens de Molière, l'Arrière-boutique de M. Fleurant, Retours de Cythère, Cythère au XVIIIe Siècle.*

Ecrits d'une plume toujours alerte, trempée dans une encre volontiers rabelaisienne, ces petits ouvrages, bourrés d'historiettes savoureuses, seront recherchés et appréciés par tous ceux qui sont friands des « en marge » de l'histoire de la médecine. Le lecteur sera conquis par la bonne humeur de l'auteur qui a su bannir de sa vaste érudition tout caractère rebutant, pour ne lui conserver qu'un visage aimable et souriant.

H. D.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(Séance du 18 décembre 1945)

La séance est ouverte à 20 h. 30 sous la présidence du Dr DELIBÉROS, qui donne la parole à M. le Médecin Lieutenant-Colonel VIRENQUE pour sa présentation de trois films de chirurgie maxillo-faciale :

1° *Greffes ostéo-périostiques pour le traitement des pertes de substance du maxillaire inférieur.*

L'auteur emploie ce procédé depuis 1914. Suivant l'étendue de la perte de substance il préconise les méthodes de greffes à double contact osseux (pertes de 3 à 5 cm.), de contact unique (pertes de 5 à 10 cm.), enfin de greffes sur greffes (10 cm. et plus). Le film représente une intervention de greffes à contact osseux unique pour réfection d'une région angulaire gauche ;

2° *Méthodes des lambeaux doublures pour greffes dermo-épidermiques.*

Pour refaire une région mutilée de la face, mettant à nu une cavité faciale, deux lambeaux sont nécessaires : un superficiel de couverture, un profond de doublure. Pour réaliser celui-ci, l'auteur préconise une greffe dermo-épidermique placée à la face profonde du lambeau couverture et descendue avec lui au niveau de la région faciale à reconstituer.

Le film représente la « doublure » d'un lambeau cranien pour la réfection d'une région labiale supérieure ;

3° *Méthodes des lambeaux naso-géniens pour réfection labiale inférieure.*

Cette méthode décrite par l'auteur en 1918 présente trois avantages : *a)* elle permet de prélever un tissu abondant, comprenant les tissus cellulaires, cutanés, avec doublure dermo-épidermique si besoin est ; *b)* elle ne laisse aucune trace disgracieuse ; *c)* elle reconstitue un orifice buccal normal.

Le film représente une intervention type pratiquée selon cette méthode.

L. Dr ROY et le Dr DELIBÉROS félicitent particulièrement le Dr VIRENQUE.

La parole est ensuite donnée au Médecin-Commandant BERNARD, pour sa communication sur les *Manifestations scorbutiqes récemment observées.*

La grande fréquence des gingivo-stomatites observées depuis quelques années ne saurait être rapportée ni à une épidémie par contagion, ni à une carence alimentaire quantitative ; une avitaminose « alimentaire » ne saurait être davantage retenue car l'absorption *per os* d'acide ascorbique est pratiquement sans effet ; par contre, une injection parentérale de vitamine C amène une guérison rapide. Il s'agit donc d'une avitaminose « humorale ». Il semble que le surmenage et les chocs émotionnels (deux auto-observations) soient des causes déterminantes de ces avitaminoses en créant un besoin excessif de l'organisme en acide ascorbique et un trouble de l'assimilation de la vitamine alimentaire. Outre l'administration parentérale de vitamine C, le traitement doit comporter une action sur l'infection secondaire à fuso-spirilles (application locale et injection d'arsenicaux).

Le Dr ROY prend part à la discussion.

La séance est levée à 23 h. 45. *Le Secrétaire Général* : M. RIVAULT.

(Séance du 11 janvier 1946)

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DELIBÉROS.

La parole est donnée à M. P. HOUSSET, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris qui donne les résultats des derniers concours aux postes d'enseignement.

Il félicite les nouveaux promus, chefs de clinique et moniteurs qui ont fourni un gros effort dans des conditions matérielles difficiles, donnant un bel exemple de volonté et de dévouement à la cause professionnelle.

M. DUBOIS-PRÉVOST présente un appareil permettant *Le fraisage indolore de la dentine.*

Le principe utilisé pour supprimer ou diminuer dans une large proportion la sensibilité de l'ivoire est le froid, par réfrigération de la tête de fraise de — 2 à — 8°, l'agent réfrigérant est le gaz carbonique CO 2.

A sa sortie de la bouteille le CO 2 est à une pression de 60 atmosphères et il parvient par l'intermédiaire d'une canalisation rigoureusement calibrée et flexible, à la tête d'une pièce à main ou d'un angle construit spécialement (mais s'adaptant sans modification aucune aux tours habituels). Le CO 2 se détend alors dans une chambre d'expansion logée dans la tête de l'instrument où il réfrigère la fraise.

L'opérateur s'étant assuré que la cavité à préparer est bien sèche et isolée de la salive, met la fraise au contact ; le patient ressent alors une légère douleur de très courte durée, le contact étant maintenu avec les tissus, la fraise tourne sans interruption à petite vitesse et la cavité se trouve préparée.

La dent une fois traitée retrouve sa sensibilité parce que la vitalité de la pulpe se trouve intégralement respectée, comme le montrent les expertises histologiques.

L'appareil est très maniable et la démonstration faite par M. Dubois-Prévost sur deux patients est convaincante de son efficacité.

Le Dr Solas fait ensuite une communication sur : *Le Musée Fauchard*, et à l'occasion de la présentation du catalogue des pièces d'anatomie comparée, il fait ressortir toute l'importance de cette science pour tous ceux dont la profession est de soigner. En dehors de l'exercice journalier elle ouvre de larges horizons vers une culture plus étendue de la biologie, où le praticien de l'art dentaire peut et doit apporter sa contribution, notamment dans la recherche des origines de l'humanité et de l'évolution en général.

La séance est levée à 23 heures. *Le Secrétaire Général* : M. Rivault.

(Séance du 5 février 1946)

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr Delibéros qui a le regret d'annoncer la mort de MM. Louis Richard-Chauvin, doyen des chirurgiens-dentistes et le dernier des fondateurs de l'*Ecole Dentaire de Paris*, et Gaston Fouques, professeur honoraire à l'E. D. P., à la mémoire desquels il adresse un souvenir douloureusement ému.

La parole est donné à M. Cecconi pour sa communisation : *Un cas d'actinomycose ayant pour point de départ un accident de dent de sagesse inférieure.*

Il s'agit d'un malade présentant une algie de l'hémiface droite ; une dent de sagesse en évolution est incriminée, son avulsion ne procure aucune amélioration, l'algie persiste pendant trois ans pendant lesquels les hypothèses et les traitements les plus variés sont tentés en vain. Enfin le malade présente des ganglions sus-claviculaire droite ; un médecin pose le diagnostic d'actinomycose et un traitement à iodure de potassium, les ganglions disparaissent en quelques jours, les algies aussi.

Peut-on retenir le diagnostic d'actinomycose en l'absence d'indices plus positifs d'une part et le traitement relativement peu sévère qui guérit le malade en quinze jours ? MM. les Drs Roy et Bonnet-Roy ne le pensent pas.

Algies sympathiques ou pathologiques malgré un Wassermann négatif sont les hypothèses qui peuvent subsister.

Les Drs Roy, Bonnet-Roy et Delibéros argumentent cette communication.

La parole est ensuite donnée à M. Henri Villain pour : 1° *Un cas de béance provoquée par la poussée des dents de sagesse* ; 2° *Présentation d'un appareil agrandissant la projection de radios et films.*

M. Henri Villain présente deux cas de béance : le premier, béance la plus fréquente, celle des dents antérieures corrigée par le meulage.

Le second, beaucoup plus rare, puisque la béance est totale, étant donné que seules les dents de 12 ans restent en contact. Béance provoquée par la poussée des dents de sagesse qui ont fait égresser les dents de 12 ans ; la correction a été également effectuée par le meulage.

M. H. Villain présente les radios, prouvant l'action des dents de sagesse, au moyen d'un appareil portatif pour la projection très agrandie des radios et films dentaires.

Une discussion importante à laquelle prennent part MM. Beauregardt, Dr Roy, Lentulo, Eissendeck, Dr Bonnet-Roy, Dr Delibéros, Gentilhomme et Brenot, a lieu à la suite de la communication de M. H. Villain, sur l'utilité de conserver les dents de sagesse ou de les extraire de très bonne heure (germotomie) surtout après les traitements d'orthodontie.

Le Dr Delibéros prend ensuite la parole sur le sujet suivant : *Electrocution et anesthésie.*

Il relate l'observation d'un patient victime d'une électrocution par un courant à 2200 volts pendant sept minutes, survenue en 1934. Ce patient présente des troubles extrêmement importants des divers modes de la sensibilité qui contrastent avec l'absence d'autres troubles neurologiques. La sensibilité dans le domaine du Trijumeau est en particulier complètement abolie.

L'auteur pense que si l'on ne peut préciser quelles sont les lésions organiques qui

sont à la base de cette anesthésie totale et généralisée, du moins il est satisfaisant pour l'esprit d'en admettre la réalité.

Prennent part à la discussion : le Dr Roy et M. Eissendeck.

La séance est levée à 23 h. 30. *Le Secrétaire Général* : M. Rivault.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

(Séance du 21 décembre 1945)

La séance est ouverte à 21 h. 10 sous la présidence de M. Georges Delarras.

Le procès-verbal de la précédente séance étant adopté à l'unanimité, le Secrétaire Général présente les candidatures de Mlle Delvigne, MM. Maire, Husson, Lemaire, Louvet, Vincent, Bezoux, Gentil, Roy, Blanchet et Tony Dubois.

Le Président met aux voix l'acceptation des candidats (adoptée à l'unanimité).

M. Delarras donne ensuite lecture d'une lettre du Président de l'Association des Dentistes de Belgique, remerciant notre Président pour l'accueil qui leur fut réservé à Paris.

L'ordre du jour appelle la communication de M. Lespine, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris : *Considérations sur la radiographie prophylactique et sur certaines localisations de la carie dentaire.*

L'auteur attire l'attention sur l'insuffisance actuelle des films bite-wing, pour le dépistage de la carie dentaire dans une de ces localisations de plus en plus fréquente, au delà des espaces interproximaux, par suite d'une résorption alvéolaire. Ces localisations chez des sujets jeunes furent observées aussi en Angleterre, où un cas typique est exposé dans le *British Dental Journal* de novembre 1945. De nombreuses observations viennent à l'appui de la thèse de M. Lespine qui préconise pour déceler ces caries, le retour aux angulations de Belot qui permettent avec six films d'explorer la denture en entier.

En résumé, la radiographie dento-maxillaire utilisée de plus en plus dans le sens prophylactique mettra en relief davantage encore, les inestimables services que notre profession peut rendre à l'humanité.

Le Président exprime ses remerciements à M. Lespine, pour son intéressante communication et donne la parole à M. le Dr René Weil pour sa causerie sur le « traitement du cancer du maxillaire supérieur ».

Le Dr Weil rappelle d'abord les temps révolus ou le X du maxillaire donnait lieu à des délabrements chirurgicaux considérables amenant rapidement un exitus, pour leur opposer la tendance actuelle à l'économie et à la physicothérapie associée.

Les véritables tumeurs du maxillaire ne sont pas à point de départ osseux, ce sont des tuméfactions de la pituitaire, qui évoluent sur place.

Le traitement à appliquer est mixte, chirurgical et radiologique. Dans le cadre du maxillaire, l'exérèse doit être large, par voie buccale uniquement, aboutissant à une cavité très rétentive qui facilitera la pose des tubes radifères. Il faudra, au préalable, pratiquer l'ablation de tout le métal de la bouche du patient, pour supprimer les rayons réfléchis très nocifs. Les appareils porte-radium doivent être évités pour ne pas créer de nouvelles épines irritatives.

La tumeur traitée, restent les ganglions, le plus souvent inflammatoires, qui disparaissent en 8 ou 15 jours. S'ils font leur preuve cancéreuse on les irradie. Cette méthode de traitement loco-régional donne de meilleurs résultats et possède l'avantage incontestable de conserver au patient une apparence humaine.

Le Dr Gérard Maurel insiste sur la rareté des manifestations ganglionnaires et montre que l'opération consiste surtout à préparer le terrain au radium, de façon à éviter les radium-nécroses importantes.

La mise en état de la bouche ne doit pas se limiter à l'ablation du métal, mais les soins doivent être très minutieux de façon à parer à l'éventualité d'extractions futures, souvent points de départ d'une récidive.

Après une intervention de M. Neuenschwander, le Dr Gérard Maurel souligne qu'il est tout à fait hostile aux prothèses immédiates, causes fréquentes de récidives ; une attente d'un an au moins est nécessaire, après la cicatrisation.

Le Président en remerciant le Dr René Weil de sa conférence en tire deux conclusions pratiques à l'usage des Confrères, à savoir : abstention de toute irritation d'un territoire irradié, soit par une prothèse, soit par une intervention chirurgicale.

Il rappelle ensuite que la prochaine séance de la S. O. F. comportera la réunion de notre Assemblée Générale. En attendant cet événement, le Président adresse à tous les Membres ses vœux les meilleurs, leur souhaitant de passer les fêtes de façon la plus agréable.

La séance est levée à 22 h. 30. *Le Secrétaire des Séances* : Jean Deltour.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la composition du nouveau Bureau du Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris.

Lors de ce renouvellement, M. Blatter *nous avait fait part de son désir, vu son âge et sa santé, de ne plus assumer les fonctions de Président et Directeur Général de l'Ecole, qu'il remplissait depuis près de vingt ans. Le Conseil lui a conféré le titre de Président-Directeur honoraire et, en témoignage de gratitude et de reconnaissance pour ses longs services, lui a remis, dans sa séance du* 15 *janvier* 1946, *l'adresse suivante, signée de tous les Membres du Conseil d'Administration :*

***

« Au moment où M. le Professeur Blatter, Président-Directeur « Général de l'Ecole résigne ses fonctions, les Membres du Conseil d'Ad- « ministration se font un devoir de lui adresser leurs sentiments de gra- « titude et de vénération.

« M. le Professeur Blatter, Membre du Conseil d'Administration « depuis 1902, avait été élu Président du Conseil en décembre 1920. Il « a été nommé Président-Directeur Général de l'Ecole le 4 mai 1927.

« Il fut un guide dont chacun put estimer la sagesse et la générosité « d'esprit. Son comportement affable et modeste l'a fait aimer de tous.

« Que les circonstances fussent ingrates ou parfois dangereuses — « à certaines périodes de l'occupation — il fit toujours preuve d'un « dévouement absolu et de la dignité la plus haute.

« Il a tant aimé et si bien servi l'Ecole qu'il s'est à peine aperçu « qu'il lui avait sacrifié sa vie...

« Les Membres du Conseil, regrettant le départ de leur Président, « le prient de leur apporter souvent le réconfort de sa présence.

« Ils expriment leur affectueuse reconnaissance à celui qui fut et « restera un des représentants très éminents de l'Enseignement profes- « sionnel et l'un des grands maîtres de l'Ecole Dentaire de Paris. »

(Séance du 15 *janvier* 1946*).*

Les Membres du Conseil d'Administration.

PALMARÈS DE L'ÉCOLE POUR LES ANNÉES 1938 A 1945

Les circonstances exceptionnelles que nous avons traversées depuis six ans et les difficultés de publication que nous avons rencontrées nous ont empêchés d'insérer chaque année, ainsi que nous le faisions auparavant, le palmarès et la liste des récompenses attribuées aux élèves de *l'Ecole Dentaire de Paris* à la fin de chaque scolarité.

Des possibilités plus grandes nous ayant été accordées, nous sommes heureux de publier aujourd'hui la liste des lauréats des années scolaires 1938-39 à 1944-45 :

Scolarité 1938-1939

ELÈVES AYANT OBTENU LE DIPLÔME DE L'ÉCOLE :

1° Mme FIRMIN Madeleine.
2° Mme FOULATIER Yvonne.
3° MM. BEN ILLOUZ René.
4° BORGNE Pierre.
5° CLABAULT Jacques.
6° Mlle ELBAZ Suzanne.
7° Mlle WILMOT Simone.
8° MM. CARDELLINI Innocent.
9° HARY Maurice.
10° Mlle GEOFFROY Andrée.
11° Mlle DETRY Denise.
12° Mme STRUDEL Geneviève.
13° Mlle DORLÉANS Madeleine.
14° Mlle MARTIN Edith.
15° MM. PRIHNENKO Georges.
16° TAGGER John.
17° Mlle ROBERT Simone.
18° MM. KOLTON David.
19° RICHTER Pierre.
20° LITVACK Grégoire.
21° BEN ILLOUZ René.
22° Mlle BENAZERAF Joséphine.
23° Mlle PÉRAHIA Esther.
24° Mlle GOVIN Simone.
25° M. CHICHE Sauveur.

RÉCOMPENSES

Médaille d'Argent de l'E. D. P. : Mme FIRMIN Madeleine.
Mention : Mme FOULATIER Yvonne.

AUTRES RÉCOMPENSES

3e Année de Scolarité

Prix Godon : M. BEN ILLOUZ René, Mme FOULATIER Yvonne, Mme FIRMIN Madeleine.

Prix du Dispensaire : Médaille du Préfet de la Seine. — Mme FIRMIN Madeleine.

2e Année de Scolarité

Prix du Dispensaire : Médaille du Conseil Municipal de Paris. — M. POIMIROO Jean.

1re Année de Scolarité

Prix Lecaudey : M. TOURREAU Jean.

2e Année de Stage

Prix de l'A. G. D. F. (Prix du Classement) : M. BARIOD Henri.

1re Année de Stage

Prix des Travaux Pratiques : Enseignement technique. — M. LORETTE André.

Scolarité 1939-1940

En raison des événements il n'y a pas eu de classement en 1939-1940.

Scolarité 1940-1941

ÉLÈVES AYANT OBTENU LE DIPLÔME DE L'ÉCOLE :

1° MM. POIMIROO Jean.
2° GUIDICELLI Pierre.
3° BOUCHE Georges.
4° PADOVANI André.
5° DEBORD Paul.
6° M. MARTINEZ Gilbert.
7° Mlle BERGOIN Jeanne.
8° M. BEUZIT Paul.
9° Mlle FAURE Denise.

RÉCOMPENSES

Médaille de l'E. D. P. : Néant.

AUTRES RÉCOMPENSES

3e Année de Scolarité

Prix Godon : M. GIUDICELLI Pierre.
Prix du Dispensaire : Médaille du Préfet de la Seine : M. GIUDICELLI Pierre.
Mention : M. POIMIROO Jean.

2e Année de Scolarité

Prix du Dispensaire : Médaille du Conseil Municipal de Paris : M. Tourreau Jean.

Mention : M. Lebis Jean.

1re Année de Scolarité

Prix Lecaudey : MM. Bariod Henri, Lorette André.

2e Année de Stage

Prix du Classement : M. Péret René.

1re Année de Stage

Prix Travaux Pratiques : M. Hugot Pierre.

Scolarité 1941-1942

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École

Session de juillet 1942

1° M. Tourreau Jean.
2° Mlle Dégardin Jacqueline.
3° MM. Lebis Jean.
4° Viard Paul.
5° Lauvray Pierre.
6° Mlle Schueppe Yolande.
7° Mlle Vieu Charlotte.
8° MM. Fontanel Jean-Paul.
9° Ducros Alexandre.
10° Martin Charles.
11° Mlle Lainé Raymonde.

Session de novembre 1942

1° MM. Bariod Henri.
2° Heinrich Pierre.
3° MM. Leclercq Pierre.
4° Bouet Bernard.

RÉCOMPENSES

Médaille d'Argent de l'E. D. P. : M. Tourreau Jean.

AUTRES RÉCOMPENSES

3e Année de Scolarité

Prix Godon : Mlle Dégardin Jacqueline, M. Tourreau Jean.
Prix du Dispensaire : Médaille du Préfet de la Seine : M. Lebis Jean.

2e Année de Scolarité

Prix du Dispensaire : Médaille du Conseil Municipal de Paris. — M. Cario Jean.

1re Année de Scolarité

Prix Technique : M. Cousin Roger.

2e Année de Stage

Prix de Classement : M. Hugot Pierre.

1re Année de Stage

Prix Travaux Pratiques : M. Adrian Georges.

Scolarité 1942-1943

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École

Session de juillet 1943

1° MM. Lorette André.
2° Altenbach Bernard.
3° Cario Jean.
4° Puyt Roger.
5° Sabatier Jacques.
6° MM. Préaux Georges.
7° Habib Jean.
8° Dirheimer Marie-Joseph.
9° Thélème Marcel.

RÉCOMPENSES

3e Année de Scolarité

Médaille d'Argent de l'E. D. P. : M. Lorette André.

AUTRES RÉCOMPENSES

Prix Godon : M. Lorette André.
Prix du Dispensaire : Médaille du Préfet de la Seine. — M. Cario Jean.

2e Année de Scolarité

Prix du Dispensaire : Médaille du Conseil Municipal de Paris : M. Robert Pierre.

1re Année de Scolarité

Prix de Technique : M. Hugot Pierre.

2e Année de Stage

Prix de Classement : M. Adrian Georges.

1re Année de Stage

Prix Travaux Pratiques : M. Massot Pierre.

Scolarité 1943-1944

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École

Session de juillet 1944

1° MM. Piron Georges.
2° Depresle Pierre.
3° Mme Préaux Marie-Jeanne.
4° MM. Bach Huy Quang.
5° Pignolet Georges.
6° M. Poncet René.
7° Mlle Lemoine Anne-Marie.
8° Mme Marc Aline.
9° Mlle Millot Andrée.

Session de novembre 1944

1° M. Hugot. Pierre
2° M. Boelle Lucien.

RÉCOMPENSES

Médaille de Bronze de l'E. D. P. : M. Piron Georges.
Médaille de Bronze de l'E. D. P. : M. Poncet René.

Scolarité 1944-1945

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École

1° Mlle Collet Ginette.
2° MM. Boursier Jean.
3° Lagorce Paul.
4° Mlle Ferrer Alice.
5° MM. Gateiller Serge.
6° Jard Gaston.
7° MM. Auter Christian.
8° Gorge Jean.
9° Mlle Soroko Nadine.
10° MM. Tassel Max.
11° Lecoeur Jean.

RÉCOMPENSES

Médaille de Bronze de l'E. D. P. : Mlle Collet Ginette.

NOUVELLES

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Section Maxillo-Faciale, Hôpital Lariboisière. — Professeur M. Fernand Lemaitre.

Cours de Perfectionnement de Clinique Maxillo-Faciale avec l'assistance de M. Marcel Rachet, Chef des Travaux de Chirurgie Maxillo-Faciale de la Clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Ecole Dentaire Odontotechnique.

Ce cours, réservé aux médecins et aux chirurgiens-dentistes (praticiens et étudiants), consiste en leçons cliniques, présentations de malades, interventions chirurgicales, démonstrations de prothèse maxillo-faciale.

Ce cours aura lieu tous les vendredis matin de *mars*, *avril* et *mai* 1946, à 9 h. 30, dans le service de la clinique O. R. L. de M. le Professeur Lemaitre (Pavillon Isambert).

De 9 h. 30 à 10 h. : *Démonstration de prothèse maxillo-faciale,* par M. Rigault, Chef du Service de prothèse maxillo-faciale et par M. Ricœur, Chef de Service de prothèse maxillo-faciale des blessés de la face.

De 10 h. à 11 h. : *Leçons cliniques,* avec la collaboration de MM. de Sèze et Robert Worms, Médecins de l'hôpital Lariboisière. — Dechaume, Chargé de cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine, Stomatologiste des hôpitaux. — Robert Maduro, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux. — Lafourcade, Médecin de Saint-Lazare.

De 11 h. à 12 h. : Présentation de malades et interventions de chirurgie maxillo-faciale.

Les praticiens et étudiants qui désireront assister aux interventions chirurgicales annoncées au début du cours, à 9 h. 30, devront s'adresser à l'infirmière de service, le nombre d'assistants dans chaque salle d'opération étant limité à une vingtaine. Prière de se munir d'une blouse.

PROGRAMME DES LEÇONS CLINIQUES

Le 1er mars, à 10 h. — *Généralités sur les cancers de la bouche et du pharynx*, par M. le Professeur LEMAITRE. — A 11 h. : Présentation de malades et interventions par le Professeur.

Le 8 mars, à 10 h. — *Syphilis de la bouche*, par M. R. MADURO, Oto-Rhino-Laryngologiste des hôpitaux. — A 11 h. : *Constriction des mâchoires et son traitement*, par M. JOINVILLE, Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le 15 mars, à 10 h. — *Réparations plastiques de la face* (présentation de malades), par M. A. GASTON, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine, Assistant O. R. L. des hôpitaux. — A 11 h. : Présentation de malades. Interventions.

Le 22 mars, à 10 h. — *Hémogénie et Hémophilie*, par M. E. BAUDOIN, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine, Assistant médical du service. — A 11 h. : *Abcès et phlegmons du cou*, par M. HOFMANN, Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le 29 mars, à 10 h. — *Ostéites et ostéomyélites des mâchoires*, par M. JOUBLIN, Chef de clinique à la Faculté de médecine. — A 11 h. : Présentation de malades. Interventions.

Le 5 avril, à 10 h. — *Etude critique de l'évolution des maxillaires et des dents*, par M. Marcel RACHET, Chef des travaux de chirurgie maxillo-faciale de la clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine, Professeur à l'École Dentaire Odontotechnique. — A 11 h. : *Rapports de la voix et des affections dentaires*, par M. TARNÉAUD, Chef des travaux de phoniatrie de la clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine.

Le 12 avril, à 10 h. — *Les accidents de dentition locaux et généraux (Dystonies neuro-végétatives). Thérapeutique*, par M. Marcel RACHET. — A 11 h. : Présentation de malades. Interventions.

Le 3 mai, à 10 h. — *Les Ostéites fibreuses des maxillaires*, par M. DECHAUME, Chargé de cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine, Stomatologiste des hôpitaux. — A 11 h. : Présentation de malades. Interventions.

Le 10 mai, à 10 h. — *Les manifestations buccales des affections cutanées*, par M. Louis LAFOURCADE, Médecin de Saint-Lazare. — A 11 h. : *Tumeurs malignes de la mandibule*, par M. Pierre-Louis KLOTZ, Interne des hôpitaux.

Le 17 mai, à 10 h. — *Stomatites carentielles*, par M. WORMS, Médecin de l'hôpital Lariboisière. — A 11 h. : Présentation de malades et interventions, par M. le Professeur LEMAITRE.

Le 24 mai, à 10 h. — *Les Sinusites d'origine dentaire*, par M. Marcel RACHET. — A 11 h. : Présentation de malades. — Interventions.

Le 31 mai, à 10 h. — *Les Névralgies faciales*, par M. de SÈZE, Médecin de l'hôpital Lariboisière. — A 11 h. : Présentation de malades et interventions par M. le Professeur LEMAITRE.

OUVERTURE DE CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par décision du Conseil d'Administration du 12 février 1946, un concours est ouvert à l'Ecole Dentaire de Paris pour :

Deux postes de Professeur suppléant d'Orthodontie.

L'épreuve sur titres aura lieu le *mardi 30 avril*, à 11 heures.

Les inscriptions seront reçues à l'Ecole Dentaire de Paris, jusqu'au 15 avril 1945.

Pour tous renseignements, s'adresser 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

COMMUNIQUÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Conformément à l'article 28 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945, le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, a tenu sa première réunion le 23 janvier 1946, en vue de l'élection de son Président et de la constitution des premiers Conseils Régionaux et du premier Conseil National.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL. — M. CORNIOU Maurice a été élu à l'unanimité, Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes.

Le bureau a été complété de la façon suivante : *Secrétaire Général* : M. COTTAREL Anthelme ; *Trésorier* : M. BOUCHER André.

Conseil Régional. — Les Confrères suivants ont été désignés comme Délégués du Conseil de la Seine au Conseil Régional de la Région Sanitaire de Paris de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes :

Membres titulaires : MM. Blocman Marcel, Delarras Georges, Marchand Gaston, Pelletier Dutemple Pierre, Villain Henri.

Membres suppléants : MM. Blaisot Jean, Le Barrier Emile, Monet Louis, Vabois Marcel, Yon Albert.

Conseil National. — Le 4 février 1946, les Confrères dont les noms suivent ont été élus Délégués de la Région Parisienne au Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : MM. Hulin Chactas, de la Seine ; Pichenez M., de Seine-et-Oise ; Guilleux, de Seine-et-Marne.

Le Conseil Départemental de la Seine est entré en fonctions le 12 février 1946.

Les résultats des élections au Conseil National n'ayant pas encore été proclamés dans certaines régions de France, le Conseil National n'a pu encore entrer en fonctions,

Le Président du Conseil Départemental : M. Corniou.

Le Professeur Alfred Gysi, de l'Institut Dentaire de Zurich, dont les travaux sur *l'articulation des prothèses complètes* sont universellement connus, vient de fêter son 80e anniversaire et a reçu, à cette occasion, de nombreux témoignages d'estime et d'affection des milieux médico-dentaires de Suisse et de l'Etranger.

Fiançailles. — Mme Guermonprez-Avenati, chirurgien-dentiste à Périgueux, membre de notre Groupement, nous a fait part des fiançailles de sa fille Simone, avec M. Jacques Dougnac, chirurgien-dentiste à Lyon.

Nos félicitations.

Mariages. — Le mariage de M. André Lorette, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Andrée Godenir, a eu lieu à Liège, le 12 janvier 1946.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONCEPTION ACTUELLE DE LA CARIE DENTAIRE

Par le Dr DECHAUME

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 22 novembre 1945)

616.314 002 02

La carie dentaire demeure encore, comme l'a dit ROUSSEAU-DECELLE, un chaos où se mêlent les affections les plus diverses, et la seule définition valable, en l'état actuel des choses, est celle de FAUCHARD : « la carie des dents est une maladie qui les détruit ». Pauvre bilan en vérité ! Et quelle déception à constater un retard aussi considérable ! Alors que la carie des os, démembrée depuis près d'un siècle, a laissé place aux différentes formes d'ostéites, nous conservons un terme désuet pour grouper, à côté de la forme habituelle qui débute dans la dentine pour s'extérioriser secondairement, des maladies qu'il est nécessaire d'individualiser : la mélanodontie infantile, certaines dystrophies dentaires, la lésion primitive de l'émail chez les suceurs de pastilles ou les ouvriers du sucre, l'atteinte localisée sur la racine des dents dénudées par l'alvéolyse, la désagrégation des dents mortes...

Bien que, de toutes les maladies que nous ayions à traiter, la carie soit, sans conteste, la plus fréquente, notre ignorance en la matière est surprenante. Comme le disait, en 1939, un Américain, BREMMER, nous méritons bien d'être comparés à Sisyphe, ce roi légendaire de Corinthe qui, pour avoir offensé les dieux, fut condamné à pousser sur la pente d'une montagne un énorme rocher qui toujours retombait avant d'atteindre le sommet. Nous sommes impuissants à mener à bien notre tâche : en dépit de tous nos efforts, les patients reviennent toujours avec plus de caries, plus de délabrements, plus de dents à obturer, couronner ou extraire.

Et, il faut bien le reconnaître, le spécialiste s'accommode mieux que le malade de cette situation. Or, le souci que nous devrions avoir de conserver à ceux qui se confient à nous l'intégrité de leur denture, devrait nous inciter à restreindre les indications de la prothèse.

Pour arriver à ce but, il est nécessaire de développer les recherches concernant la carie dentaire, et de vulgariser les résultats en les faisant passer dans l'enseignement. Franchissons d'abord une première étape, et reconnaissons enfin avec tous les auteurs, que la forme habituelle de la carie n'est pas une simple perte de substance, un trouble local des tissus dentaires, mais une affection qui doit être incorporée dans le cadre général de la pathologie comme ayant des relations étroites avec l'état général par ses causes et ses répercussions. Cela se comprend facilement si l'on songe que, au début de son évolution, la dent est une dent de chair qui se calcifie progressivement, couronne d'abord, puis racine. Une fois calcifiée, la dent demeure labile comme le tissu osseux ; elle subit donc toutes les influences du milieu intérieur.

L'utilisation biologique du phosphore radioactif a permis de bien montrer cette participation de la dent à la vie de l'organisme. HEVESY, HOLST

et KROGH ont trouvé 1 /300.000 du phosphore administré dans chaque dent humaine et que le remplacement de 1 % du phosphore contenu dans une dent humaine par les atomes phosphoriques pris avec la nourriture demande environ 250 jours. D'autre part, SOGNNAES et VALKER, après l'administration de phosphore radioactif à 8 chats, 5 chiens, 1 singe ont pu se rendre compte que le métabolisme du P est moins important dans l'émail que dans la dentine des dents entièrement formées. La plus grande concentration en P dans l'émail se trouve à sa surface. Le métabolisme minéral de l'émail est sous la dépendance de l'apport minéral interne (pulpe et dentine) et de l'apport externe, par le contact avec les sécrétions buccales.

Mais, tout en reconnaissant cette vitalité de la dent, il faut, avec BELTRAMI, MAHÉ et ROY « s'élever contre l'assimilation complètement « abusive que l'on fait entre les dents et les os, alors que l'embryologie, « comme l'histologie et la physiologie montrent qu'il s'agit d'organes et de « tissus complètement différents. Sauf leur composition chimique, qui les « en rapprochent, les dents n'ont, en effet, rien de commun avec les os, « aussi bien dans leur structure que dans leur développement. » (ROY).

Ceci laisse entrevoir la complexité de l'étiologie de la forme habituelle de la carie dentaire, problème capital à résoudre puisqu'il commande la prophylaxie.

Rien de nouveau n'a été dit sur les influences géologiques, de la race, de l'âge, du sexe, de la lumière solaire.

Le rôle de la grossesse est discuté, même nié, par ROY et de nombreux auteurs américains.

Les influences pathologiques n'ont fait l'objet d'aucune conclusion nouvelle.

L'action des hormones n'est pas encore très définie. Il est cependant admis que le système endocrino-sympathique régit le trophisme de la dent (ROUSSEAU-DECELLE).

Le rôle de l'hérédité semble démontrée dans la thèse de SABATIER, inspirée par BELTRAMI, qui a étudié la carie dentaire chez 13 jumeaux monovitellins et constaté 76 % de caries homologues sur des êtres rigoureusement semblables au point de vue constitutionnel.

La question de l'alimentation est complexe, ainsi que je le disais tout récemment au Congrès Français pour l'Avancement des Sciences. En effet, dans le cours de la guerre, pour étudier l'influence des restrictions alimentaires sur la fréquence de la carie dentaire, je me suis livré à des enquêtes régulières à ma Consultation de l'Hospice Saint-Vincent de Paul, où sont admis les enfants abandonnés, ceux laissés en dépôt par leurs parents ou retirés à leur garde. Il s'agit donc d'enfants appartenant aux classes les plus déshéritées de la société. Je les ai tous examinés systématiquement, à l'exclusion de ceux hospitalisés dans les services de médecine ou de chirurgie. Et pour limiter les causes d'erreur, j'ai fait porter l'enquête sur 500 enfants chaque fois. Voici les résultats :

Janvier	1942 :	1.000	enfants	examinés,	131,	soit 13 %	sans carie.
—	1943 :	500	—	—	131,	— 26 %	— —
—	1944 :	500	—	—	188,	— 37,6 %	— —
—	1945 :	500	—	—	224,	— 44,8 %	— —

Le fait m'avait paru si surprenant en 1943, que j'avais cru devoir le signaler à l'Académie de Médecine, avec les remarques suivantes : Etant donné que jamais l'hygiène buccale n'a été plus déplorable en raison de la pénurie ou de la mauvaise qualité des brosses à dents et des dentifrices ; la cause de cette moindre fréquence de la carie ne saurait être locale. Peut-être faut-il retenir l'heureuse influence du régime alcalin, la suppression de l'alcool, des conserves et des sucreries, la plus grande régularité des repas sans collations fragmentaires.

Depuis, des constatations analogues ont été faites dans divers pays ;

d'ailleurs, dès 1925, EMERSON, par de nombreuses observations, avait montré qu'on ne peut établir une corrélation entre la carie et un état de mal nutrition.

J'ai appris également que la fréquence de la carie a augmenté en Amérique dans des proportions considérables. En effet, l'armée n'incorpore les sujets en bonne santé que s'ils ont 12 dents opposables (6 en haut, 6 en bas).

Or, tandis qu'avec cette même législation, en 1914-18, 7,5 %, soit 1 sur 10 des soldats éliminés pour maladies l'avaient été pour déficience dentaire, en 1941, ce chiffre atteignait 19,5 %, soit un soldat sur 5 (900.000 refusés pour maladies à l'incorporation, 188.000 pour mauvaises dents). Il serait peut-être intéressant de rechercher si cette aggravation, depuis vingt-cinq ans, n'est pas liée à l'abus des conserves et de la viande.

De la confrontation de ces constatations et des travaux parus dans le cours de ces dernières années, il me semble important de retenir les faits suivants, en ce qui concerne l'alimentation :

— *On se préoccupe trop de savoir quelles sont les déficiences alimentaires responsables de la carie, pas assez de connaître les aliments qui, par leur excès : comme le sucre, la favorisent.*

— Le mythe de la décalcification, cause de caries, doit être abandonné. Il ne faut plus, en particulier, continuer à s'illusionner sur la valeur thérapeutique des sels de calcium, D'ailleurs, comme le dit CHAUCHARD, souvent pour produire une récalcification on prescrit indifféremment n'importe quel sel calcique. Or, en fait, les sels calciques ont des actions secondaires sur la réserve alcaline, qui peuvent être opposées, ce qui explique des différences d'action thérapeutique (si le gluconate de calcium et le chlorure de calcium apportent tous deux du calcium, le premier est alcalinisant, le deuxième acidifiant).

— Les vitamines n'ont pas une efficacité absolue dans la prévention de la carie.

— L'action du fluor est encore à contrôler.

— Le rôle d'un régime alcalinisant semble certain.

— L'influence néfaste du sucre artificiel est indiscutable, moins par le mécanisme d'une action locale que par l'intermédiaire d'une perturbation du métabolisme général.

— Le danger de l'alcool paraît évident.

— La régularité des repas doit être surveillée.

Avec VISCONTINI et M^{lle} MARIÉ, en 1943, nous avons étudié *le rôle des propriétés physico-chimiques de la salive dans l'étiologie de la carie dentaire,* en pratiquant des mesures du pH salivaire et du pouvoir tampon sur 300 sujets. Cette étude nous a conduit aux résultats suivants :

1° Le pH salivaire ne varie pas chez un même individu, quelque soit le moment du prélèvement de la salive au cours d'une même journée ;

2° Le pH salivaire se maintient constant, aussi longtemps que le sujet est en bonne santé (un essai portant sur 4 mois a donné les pH suivants : 7,28 ; 7,40 ; 7,27 ; 7,31) ;

3° Bien que constant chez un même individu, le pH présente des différences notables d'un individu à l'autre (de 6,30 à 7,40) ;

4° Les mêmes constatations sont valables pour les courbes du pouvoir tampon ; la forme de la courbe est constante pour un même individu aussi longtemps qu'il est en bonne santé, et les variations beaucoup plus marquées d'un individu à l'autre (le pouvoir-tempon moyen a varié de 15 à 60) ;

5° Il n'y a pas de variation nette du pH salivaire et du pouvoir-tampon suivant l'âge du sujet, qu'il soit porteur ou non de caries dentaires ;

6° Chez les individus normaux, hommes, femmes, enfants, indemnes de toute carie dentaire, la moyenne du pH salivaire est de 7,07. Chez les individus en bonne santé apparente, mais avec de nombreuses caries dentaires, la moyenne est identique : 7,00 pour les femmes et 7,07 pour les hommes ;

7° De même, la variation du pouvoir-tampon de la salive n'influe pas directement sur l'apparition des caries, puisque les moyennes trouvées chez les individus sains (28,7 chez les femmes, 30,6 chez les hommes) ne diffèrent pas notablement des moyennes trouvées chez les individus porteurs de caries (27,7 chez les femmes, 29,0 chez les hommes) ;

8° La grossesse modifie nettement la moyenne du pH salivaire et du pouvoir-tampon, puisque les chiffres sont respectivement de 6,71 et 25,7 chez les femmes enceintes qui n'ont pas de caries (34 sujets examinés) de 6,53 et 22,1 chez celles qui en ont de nombreuses (53 sujets examinés).

9° Les femmes enceintes ne sont pas seules à présenter un pH salivaire relativement bas. Des enfants atteints d'affections fébriles diverses que nous avons pu examiner, avaient également un pH salivaire nettement inférieur à 7.

Nous pouvons donc conclure que le pH et le pouvoir-tampon de la salive sont remarquablement constants chez un individu en bonne santé ; ils ne sont en rapport avec la présence de caries dentaires et ne se modifient que sous l'influence de troubles profonds du métabolisme général, tels que la grossesse ou des états fébriles.

Le problème de la pathogénie de la carie dentaire mérite aussi une mise au point.

Parmi les nombreux travaux de ces dernières années nous retiendrons surtout ceux de Hopevel-Smith, de Retterer, de Mahé, qui ont insisté sur ce fait que, dans la forme habituelle de la carie, les lésions frappent l'odontoblaste avant l'émail, et que la décalcification de la dentine précède toujours son infection par les bactéries.

Ainsi actuellement on peut différencier des caries de cause interne et d'autres de cause externe (Fargin-Fayolle, Rousseau-Decelle, Beretta).

1° Caries de cause primitivement interne : il y a d'abord un trouble trophique de l'odontoblaste ; les troubles de l'ivoire et de l'émail sont secondaires et permettent l'envahissement par les microorganismes ;

2° Caries de cause externe :

a) Les unes de cause uniquement externe : celles des dents dépulpées et celles consécutives aux fêlures isolant un séquestre) ;

b) Les autres de cause primitivement externe, les plus fréquentes. Les premières altérations des tissus durs sont d'origine externe, puis deviennent le point de départ d'un processus analogue à celui qui existe dans la carie d'origine interne et détermine de nouvelles lésions. On peut même se demander si l'altération d'origine externe n'est pas, en réalité, consécutive à un trouble trophique déclenché par une irritation du sympathique.

Mais la nature de la cause interne qui se trouve à l'origine de ces troubles trophiques qui constituent la carie dentaire reste discutée.

Rousseau-Decelle parle de troubles de la nutrition, terme qui demeure extrêmement vague.

Mahé, s'appuyant sur des documents histologiques irréfutables affirme que, si la carie constituée représente bien un état, au moins local, de décalcification, absolument rien n'établit que cette perte de chaux soit la cause qui a produit la carie. Elle est elle-même la conséquence de cette cause, elle en est sans doute le mécanisme, mais elle n'est pas cette cause.

Personnellement, j'incline à croire que la notion du trouble trophique de l'odontoblaste doit évoquer plutôt l'existence d'un trouble nerveux, peut-être d'une susceptibilité spéciale de l'individu en général, de l'odontoblaste en particulier (sympathicotomie ?). Ceci expliquerait mieux ce fait : qu'il n'y a pas nécessairement une explosion de caries multiples ; elles sont aussi bien successives que simultanées. De même les récidives de caries si souvent observées chez les enfants trouvent une meilleure explication dans ce trouble trophique que dans une décalcification souvent hypothétique.

Cette conception s'accorde encore avec la grande fréquence des caries chez les adolescents pendant les périodes d'examens ou immédiatement après, alors qu'il semble exister chez eux moins une décalcification qu'un surmenage nerveux.

Persuadé de l'action du sympathique dans l'évolution de la carie dentaire, je crois aussi au rôle possible d'une irritation entretenue par la présence de caries non traitées ou insuffisamment traitées (lésions de la dentine, de la pulpe ou infections apicales) ; elle est à l'origine de troubles réflexes d'ordre trophique, favorables à l'éclosion de nouvelles caries.

De même, toutes les causes énumérées dans l'étiologie de la carie peuvent agir sur le système nerveux pour déterminer ce trouble trophique. Certains auteurs n'ont-ils pas signalé également que l'alcalose marchait de pair avec la vagotonie, l'acidose avec la sympathicotonie. Or, le régime alcalin diminue la fréquence de la carie.

Ainsi, en résumé, le trouble trophique qui se trouve à l'origine de la carie serait :

— favorisé, soit par un trouble constitutionnel, une sensibilité spéciale du système nerveux (sympathicotomie ?) qui peut s'axagérer au cours d'états physiologiques ou pathologiques, soit par un trouble acquis ;

— déclenché soit par une cause interne, soit par une irritation externe.

Cette nouvelle orientation des problèmes concernant l'étiologie et la pathogénie de la carie dentaire, nous oblige à *réviser nos idées concernant la thérapeutique* :

— Le médecin ne doit s'illusionner ni sur la valeur du traitement général curatif, en particulier du traitement récalcifiant, ni sur l'efficacité d'une prophylaxie générale. Tout au plus, peut-il donner quelques conseils inspirés des notions que nous avons exposées.

— Nous, spécialistes, devons modifier profondément notre conception du traitement local : il ne s'agit plus seulement d'obturer une cavité, c'est-à-dire de réaliser une prothèse dentaire. Le traitement local de la carie exige certes encore l'habileté du technicien, mais il réclame aussi le sens biologique et clinique du médecin.

De ce que nous avons écrit plus haut, il résulte, en effet, que dans l'évolution de la carie l'infection est secondaire, la lésion initiale est un trouble trophique, une dystrophie. Ceci justifie donc, avant la prothèse réalisée par l'obturation, la mise en œuvre d'une thérapeutique *dirigée à la fois contre l'infection et surtout contre le trouble trophique.*

Et j'en reviens encore à critiquer les méthodes et les médicaments de notre thérapeutique. Je ferai appel pour cela à des travaux qui ne sauraient être discutés.

Le Prof. Sir Alexander Fleming, dans un article récent sur la pénicilline, à laquelle son nom demeure attaché, relate comment il fut en mesure de démontrer l'action destructrice plus importante des agents chimiques sur les leucocytes que sur les bactéries, et mentionne plus spécialement le rôle néfaste de l'acide phénique.

Kartachov, d'autre part, au cours d'expériences sur des animaux, a plus particulièrement établi que :

1° Lors d'une irritation des branches périphériques du trijumeau (pulpe dentaire spécialement), irritation chimique (formol) ou toxique (toxine) il se développe parfois dans l'organisme différents troubles de caractère général ;

2° Le processus succèdant à l'application de l'irritant n'est pas le résultat de l'action de cet irritant sur les tissus, mais la conséquence des modifications fonctionnelles des zones nerveuses respectives ;

3° Les troubles observés se développant plus aisément chez les jeunes animaux.

Dans ce même ordre d'idées, Speransky insiste sur le fait que l'action de l'irritation en un point quelconque du système nerveux (plus spécialement du trijumeau) cause une modification du système nerveux, en général, qui crée un état particulier de prédisposition de l'économie vis-à-vis d'irritants de toute sorte.

De nombreux autres auteurs (Spiess, Leriche, Brünion, Molotkoff, Chamoff, Orbeli, Rasienkoff, J. P. Pavlof) ont signalé l'existence de processus dystrophiques ou pathologiques surgissant à la périphérie et ayant pour point de départ une lésion irritative du système nerveux.

Je n'insiste pas sur cette critique qui, vous le devinez, me conduirait à vous vanter les propriétés de l'ozone : vous connaissez mes arguments et je ne veux pas m'exposer à faire sourire les sceptiques.

*
* *

Enfin, cet exposé comporte une dernière conclusion, en raison de la gravité du problème social posé par les conséquences de la carie dentaire.

Pour permettre à ce traitement local revisé de donner le maximum de résultats, il est indispensable de proclamer la nécessité d'inspections précoces chez les enfants dès l'âge de quatre ans, répétées régulièrement tous les six mois jusque dans l'adolescence, puis tous les ans chez les adultes, de façon à assurer un diagnostic et un traitement précoces des lésions. C'est, en l'état actuel de nos connaissances sur la carie dentaire, le seul moyen d'assurer une prophylaxie efficace.

UN CAS D'INTERVENTION A CHAUD AU NIVEAU D'UN FOYER APICAL

Par le Dr LAURIAN

(Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., octobre 1945)

616.314.17 008,1

Lorsqu'il y a quelques semaines, mon collègue et ami BOUCHER, qui assume, avec l'autorité et le dévouement que vous connaissez, la présidence du Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences (Section d'Odontologie), m'a demandé de bien vouloir présenter une communication, j'ai accepté avec plaisir.

La difficulté était, pour moi, de trouver dans mes archives un sujet se rapportant exactement à l'une des Sections du Congrès : Traitement des dents infectées, Parodontose, Hygiène dentaire, Technique prothétique moderne.

C'est à la première catégorie de ces travaux que se rattache la communication que j'ai le plaisir de vous présenter.

Elle s'intitule : « Un cas d'intervention à chaud au niveau d'un foyer apical ».

Mlle V..., âgée de 25 ans, secrétaire, vient me consulter d'urgence, le 21 février 1944, en l'absence de son dentiste habituel, sur la recommandation de son cousin, médecin. Elle se plaint de violente algie dans la région supérieure gauche.

L'examen extra-buccal est négatif.

A l'ouverture de la bouche, on constate à l'inspection une incisive centrale supérieure gauche d'aspect et de teinte normaux, une incisive latérale et une canine de teinte foncée, ayant subi une dévitalisation antérieure.

La muqueuse gingivale recouvrant la racine de G 2, de teinte violacée, porte la trace d'une incision antérieure correspondant à une intervention précédente, au sujet de laquelle la patiente ne peut relater aucun commémoratif précis.

Il n'existe aucune tuméfaction au niveau de la table externe du maxillaire et du cul-de-sac vestibulaire.

La palpation révèle une douleur vive au niveau de l'apex de l'incisive latérale, côté vestibulaire et palatin, mais sans tuméfaction ni modification de consistance de ces régions.

G 2 est mobile.

La percussion verticale révèle une grande sensibilité, égale au niveau de G 1 et de G2.

Les réactions thermiques montrent la mortification de G 1.

Un film radiographique est demandé, une ordonnance comportant l'injection de sédol est établie et rendez-vous est pris pour le lendemain.

Le film radiographique montre une raréfaction osseuse, d'étendue moyenne et de contours arrondis, au niveau de laquelle plongent les apex de G 1 et G 2.

La racine de G 2 est très faible, le canal fortement alésé.

Je regrette de ne pouvoir vous présenter le film qui a été remis à la patiente pour communication à son dentiste traitant, film qui a été égaré et n'a pu m'être confié.

La patiente pense pouvoir être calmée par une simple incision, mais,

étant données les lésions et l'intensité de la douleur, l'intervention immédiate est décidée.

Après une large anesthésie à la scurocaïne à 5 %, l'extraction de la couronne, puis de la racine de G 2 est pratiquée, à l'élévateur droit.

La table externe à ce niveau est complètement détruite.

Un volet muqueux est découpé et découvre un foyer apical du volume d'une noix.

Après rugination, les rebords osseux sont régularisés à la pince-gouge et le foyer cureté.

La curette ramène des fongosités et des bourgeons charnus et conduit jusqu'à l'apex de G 1 qui est à nu et cette dent a subi une mortification pulpaire, *a rétro.*

L'apex de G 1 est réséqué et le curettage du petit récessus apical siégeant à ce niveau est pratiqué avec minutie.

Après attouchement au chlorure de zinc, la cavité est tamponnée avec une mèche d'alvogyl.

Les suites opératoires furent réduites au minimum, œdème et douleur post-opératoire pratiquement nuls.

La trépanation de G 1 et l'obturation du canal furent pratiquées trois jours plus tard, sous contrôle visuel, le débordement de la pâte par l'apex étant observé de façon parfaite.

Si je vous relate cette observation, apparemment banale, c'est pour les raisons suivantes :

Tout d'abord, il est rare d'avoir l'occasion d'intervenir sur un foyer apical aigu ; dans la plupart des cas, on opère des cas chroniques ou subaigus, d'infection le plus souvent latente.

Dans le cas présent, c'est surtout le facteur névralgique intense qui nous a guidés et le désir d'intervenir rapidement chez une patiente ayant eu auparavant une septicémie.

D'autre part, cette observation est un cas, très net, d'infection apicale, dite en canon de fusil, décrite il y a quelques années par le Dr Bernard, à la Société d'Odontologie. On constate, en effet, l'existence d'un foyer infectieux primitif au niveau de l'incisive latérale gagnant progressivement la centrale et provoquant, au niveau de cette dent, une mortification pulpaire, *a retro.*

En terminant, je tiens à vous signaler l'heureux effet du Sédol sur l'élément algique, permettant l'obtention d'un délai avant l'intervention chirurgicale.

Messieurs, j'en ai terminé, je vous remercie de votre bienveillante attention et je suis heureux, grâce à mon ami Boucher, d'avoir pu apporter ma modeste contribution au Congrès de l'A. F. A. S.

PERFORATION PALATINE POST-OPÉRATOIRE

Par P. MAZARS
Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 10 *avril* 1945.*)*

616.315.1 007 251

En octobre 1944, s'est présenté au service de chirurgie, M. M..., 20 ans, coursier dans une pharmacie. Le malade vient consulter pour une grosse voussure palatine, douloureuse à la palpation et le gênant pour la phonation et la mastication.

A l'examen, on remarque la mortification de la latérale supérieure droite, au collet palatin de celle-ci, on observe sur le liseré gingival un point blanc laissant prévoir une fistule prête à poindre.

Afin de soulager le malade, au moyen d'une sonde mousse fine, nous facilitons l'écoulement du pus. Par trois fois, la poche palatine, de la grosseur d'une noix, se remplit à nouveau, après l'avoir par compression réduite au quart de son volume initial. Le pus d'émission est jaune verdâtre, épais en premier, puis filant, laissant paraître des cristaux de cholestérine.

Le diagnostic paraît certain, nous sommes en présence d'un kyste suppuré de la voûte palatine en rapport avec la latérale supérieure droite présentant une mortification pulpaire sans carie. La raison de cette mortification est inconnue et il ne peut être question de traumatisme violent et de choc masticatoire.

Nous envoyons le malade au service de radiographie et lui formulons une ordonnance de bain de bouche ainsi que l'absorption de sulfamides.

Une semaine après, le malade revient. La voussure palatine est moindre et réduite au cinquième de son volume initial.

La radiographie nous donne l'image d'un volumineux kyste de la voûte palatine ayant la latérale pour cause, et intéressant par enveloppement la centrale et la canine. Du côté vestibulaire rien n'est apparu.

Nous décidons l'énucléation kystique et la résection apicale de la 2 I. A cet effet la trépanation et la désinfection du canal sont faites et nous envisageons la phase opératoire.

Le problème se pose de deux façons :

1° *Intervention vestibulaire,* parce que foyer septique du côté palatin, contre-indication du décollement de la muqueuse palatine, mais extraction probable de D3 D2 D1 en fonction du kyste postérieur à ces racines ;

2° *Intervention palatine,* parce que le sujet a 20 ans et que l'extraction des dents antérieures et la résection de la crête peuvent amener chez lui une perte de substance préjudiciable à l'esthétique.

Nous décidons de pratiquer par voie palatine ; l'anesthésie est locale, très étendue. La muqueuse palatine est réclinée soigneusement pour éviter toute déchirure et nous nous trouvons en présence d'une voûte palatine perforée par une cavité de deux centimètres de diamètre et laissant paraître la coque kystique, parcheminée très dure. A la pince-gouge nous délimitons la cavité par l'os sain et nous décollons la poche kystique au moyen de curette.

La latérale a son apex dans la poche, les centrale et canine sont en dehors et vivantes (vitalité prouvée avant l'anesthésie).

La résection de la latérale est faite, nous obturons le canal et curettons la cavité osseuse. Un contrôle au chlorure de zinc est fait suivi d'un lavage ;

nous terminons l'intervention par la pose d'une mèche de benjoin et plusieurs points de sutures remettent la muqueuse palatine en place.

Le malade est revu le lendemain par M. Ménard, l'état général est bon, la plaie manque de netteté, l'hygiène buccale du malade laisse à désirer. La mèche est nette et non infectée, un sérieux lavage de la plaie à l'oxygénée lui redonne un bon aspect. Le lendemain, le malade devait revenir pour soins, or il ne revint que 5 jours après, n'ayant fait aucun lavage et pris nul soin buccal. La muqueuse palatine est sphacélée, une perforation de un centimètre de diamètre est ouverte, le malade n'en souffre pas et est étonné de ce résultat, les trois dents intéressées sont en bonne voie de consolidation.

Nous envoyons le malade à l'hôpital St-Michel où le Dr Bonnet-Roy entreprend de soigner sa muqueuse palatine. Après deux séances de lavages à l'oxygénée et la compression exercée sur la muqueuse, le malade ne revint pas.

Il est à constater que ce jeune homme est d'une rare négligence et que l'hygiène buccale lui est totalement inconnue.

La question technique présente est donc de savoir si l'intervention est préférable : vestibulaire avec extractions (d'aucuns le pensent) ; ou palatine (certains le préconisent en considérant l'esthétique).

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par A. GRESSET

Chirurgien-Dentiste, Assistant du Dr Amiot
au Service de Chirurgie dentaire de l'Ecole Dentaire de Paris.

616.314 089.5) 031.81

Dans ce petit exposé, je veux simplement mettre en lumière les avantages de l'anesthésie générale qui, dans certains cas, peut rendre de grands services en pratique courante.

Qui d'entre nous ne s'est trouvé devant des arthrites suppurées très douloureuses, de gros abcès en formation intéressant parfois plusieurs dents, des accidents aigus d'éruption de dents de sagesse accompagnés de trismus, sans parler des patients pusillanimes et surtout des enfants qui ont une peur bleue de *l'horrible* piqûre ?

Dans tous ces cas qui, en général, présentent un caractère très net de gravité et d'urgence, il était d'usage jusqu'à ces temps derniers, de peur d'une intervention à chaud sous anesthésie locale ou régionale qui risquait d'être dangereuse, inquiétante et, par suite, très douloureuse, de recourir à la panacée universelle, c'est-à-dire, aux pointes de feu accompagnées de médications calmantes et bains de bouche. On temporisait... encouragé souvent par les sots préjugés du public qui déconseillaient l'avulsion à chaud des dents abcédées, et on laissait les patients souffrir jusqu'à ce que la collection purulente vidée, on puisse alors pratiquer l'anesthésie locale et procéder à l'extraction.

Or, l'anesthésie générale nous donne précisément le moyen de combler cette lacune : par ce procédé, il est, en effet, possible de pratiquer d'urgence et sans douleur, de petites interventions dans tous les cas où l'anesthésie locale ou régionale ne donne pas de bons résultats, et cela, à la grande satisfaction des patients. Il n'y a aucune contre-indication d'opérer à chaud,

puisque, grâce à l'anesthésie générale, on ne procède à aucune piqûre au voisinage immédiat du foyer d'infection, piqûre, qui tout en étant très douloureuse, risquerait de disséminer davantage la collection purulente, et d'occasionner des suites fâcheuses. Il est avéré maintenant qu'une anesthésie générale au protoxyde d'azote n'est, en réalité, pas plus dangereuse, et souvent moins choquante qu'une anesthésie locale ou régionale, et il est à noter en passant que la cicatrisation des plaies se fait beaucoup mieux et plus vite qu'après une anesthésie locale. Pourquoi donc un procédé présentant de si grands avantages n'est-il pas plus fréquemment employé ? Eh bien, tout d'abord, beaucoup de praticiens ont peur de risques inhérents aux anesthésiques anciens (chloroforme, éther, etc...) et ils ont l'impression, un peu juste d'ailleurs, que la loi leur permet de donner des anesthésies générales, mais à condition qu'il n'arrive aucun accident au cours de ces opérations, faute de quoi, une certaine responsabilité pèsera sur le confrère « insuffisamment expérimenté et qui aurait dû faire appel à un docteur. »

Il est certain que nous sommes assez mal défendus vis-à-vis de la loi, et c'est pour cela qu'il faut mettre de notre côté le maximum de chances de réussite avec le minimum de risques. L'anesthésie générale au protoxyde d'azote de courte durée répond à ces desiderata, et elle présente un gros avantage sur les autres anesthésiques : sa grande rapidité d'élimination, ce qui permet au malade de rentrer chez lui, immédiatement après l'opération.

On pourra également objecter qu'avec une telle anesthésie, il n'est pas possible de procéder à une opération d'assez longue durée, telle par exemple qu'une dent de sagesse inférieure en mauvaise position. Cette objection est mal fondée si l'on veut bien employer la méthode du tampon laryngé ,qui consiste à obstruer l'arrière-gorge sitôt que le patient est en état d'analgésie, avec un tampon de gaze retenu par un mince lacet. De cette façon, il est possible de donner une anesthésie de la durée voulue sans avoir à se presser, le malade respirant par le petit masque nasal un mélange de 80 à 90 % de protoxyde et de 20 à 10 % d'oxygène.

Enfin, comme chaque méthode comporte toujours quelques cas d'insuccès, nous allons avouer franchement que chez certains sujets alcooliques, plétoriques et congestifs, le protoxyde d'azote donne une violente phase d'excitation et une anesthésie médiocre. Comme il n'est pas possible avec ce gaz d'augmenter le degré anesthésique, on aura alors recours à l'adjonction de cyclo-propane qui, mélangé avec 80 % d'oxygène renforcera l'action du protoxyde d'azote, et nous donnera le degré d'anesthésie nécessaire pour ces cas particuliers.

En conclusion, j'espère que beaucoup de Confrères se laisseront convaincre par les réels avantages que comporte pour nous l'anesthésie générale et lorsqu'ils auront cet auxiliaire précieux à leur portée qui leur permettra d'intervenir rapidement, efficacement et sans douleur, beaucoup de patients seront alors réconciliés avec le dentiste.

UNE EXPÉRIENCE D'ÉDUCATION ET DE DÉPISTAGE EN PROVINCE

Par G. DEHILLOTTE

(Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., octobre 1945)

616 314 083 : 37

La répercussion des restrictions alimentaires au cours des dures années d'occupation est un problème d'actualité.

Elle est marquée par une déficience calcaire très inquiétante dans l'état bucco-dentaire de la jeunesse de nos écoles, dont les conséquences sont : la formation de caries multiples, nids favorables à la fixité du bacille de la Tuberculose.

Nous savons que les services intéressés du Ministère de la Santé Publique, veillent, de leur mieux, à parer aux conséquences de cette sous-alimentation, mais cela ne suffit pas.

Il faut voir plus loin : Intensifier la propagande d'hygiène bucco-dentaire qui doit être d'autant plus stricte que l'organe est déficient.

En présence de cette situation, le devoir des Comités Départementaux d'Hygiène Dentaire, filiales du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, est d'organiser sans retard et le plus rapidement possible l'enseignement de l'hygiène dentaire, du dépistage et des soins dans leur département.

C'est, Messieurs, de cette organisation que j'ai l'honneur de vous entretenir aujourd'hui et que nous désignerons par : « Expérience d'éducation, de dépistage et de soins en province ».

Cette expérience soutenue et vivement encouragée par le Directeur Régional à la Santé, le Directeur du Centre Education Sanitaire, les Préfets, les Médecins Inspecteurs à la Santé, les Recteurs, les Inspecteurs d'Académie, a comme programme :

Instruire les enfants sur les dangers et les complications de ce fléau social, la carie dentaire, les renseigner sur les moyens d'éviter les complications, leur faire connaître les soins nécessaires pour assurer la prophylaxie.

Ce programme peut paraître facile à réaliser vu sa logique et son intérêt, c'est au contraire un problème très complexe dont la solution rencontre bien des difficultés.

Cependant, considérant qu'à l'heure actuelle la campagne d'éducation sanitaire nous dicte la nécessité de remplir notre devoir social en venant en aide à nos écoliers, dont la santé générale est sérieusement éprouvée par les misères du temps, que nous ne pouvons retarder l'exécution de ce programme, car il est des négligences impardonnables et des devoirs obligatoires à l'époque où nous vivons ; les Comités Départementaux d'Hygiène Dentaire de la région de Bordeaux et particulièrement ceux des Basses-Pyrénées et des Landes se sont occupés de ce grand travail dont l'action se résume en trois mots :

« Education, Dépistage, Soins »

Pour l'éducation sanitaire nous avons utilisé le film, le tract, la conférence.

Le film est à préconiser car il intéresse très vivement les enfants et nous a donné des résultats sérieux, s'imposant aussi à l'esprit par l'image et par le texte.

Le tract par l'apposition d'affiches dans les écoles du département, montre aux enfants les principes d'hygiène dentaire, et le moyen de préserver

leur denture. Ces affiches fournies par le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire mériteraient d'être coloriées et illustrées de nombreux dessins.

Les manuels, les brochures, sont diffusés le plus loin possible dans les écoles de nos campagnes, très en retard au point de vue hygiène dentaire.

Les tableaux édités par le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, sont d'une grande utilité aux Conférenciers, simplifient leur exposé, intéressent vivement les auditeurs, mais réclameraient à être distribués dans les départements en plus grande quantité.

De ces formes d'enseignement, je vous parlerai plus en détail dans la conférence.

Nous limitant dans le cadre du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, cette conférence annuelle à l'école, organisée avec le concours de praticiens de l'art dentaire, des institutrices et des instituteurs, s'adressant aux enfants du deuxième cycle, âgés de 11 à 14 ans, ainsi qu'aux élèves du cours complémentaire, là où cet enseignement existe, nous a donné des résultats remarquables confirmés par les rapports des membres de l'enseignement primaire, conférenciers dont je suis heureux de vous lire quelques extraits des 100 rapports reçus en 1945.

« Conférence d'une grande utilité, écrit un instituteur, directeur d'école dans les Basses-Pyrénées ; qui a beaucoup intéressé les enfants, impressionnés particulièrement par les graves conséquences qui peuvent résulter d'une carie dentaire. Initiative qui gagnerait à voir son enseignement réparti sur plusieurs leçons, afin que son action soit encore plus efficace.

Une institutrice s'exprime ainsi :

« Les élèves ont été particulièrement impressionnées par les graves conséquences qui pouvaient résulter d'une carie dentaire négligée et par le fait que les molaires de six ans ne se renouvelaient pas et appartenaient dès leur apparition à la denture permanente.

Alors qu'une seule élève nettoyait régulièrement ses dents, j'ai pu constater qu'à peu d'exceptions près, presque toutes brossaient leurs dents depuis que la leçon a été faite.

Une autre conclut :

« Les enfants ont suivi avec beaucoup d'intérêt le déroulement de la leçon. Ils y ont pris eux-mêmes une part très active en rappelant leurs observations personnelles ; leurs souvenirs. Il est hors de doute que les élèves ont senti la nécessité impérieuse de l'Hygiène Bucco-dentaire et que désormais ils incorporeront le brossage des dents et le lavage de la bouche dans la série des soins corporels quotidiens considérés comme indispensables ; le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire peut donc être assuré que son initiative contribuera efficacement à la sauvegarde de la santé de nos petits Français.

Enfin un troisième transmet ses impressions comme suit :

« Cette causerie venant à la suite de la visite médicale, et la crainte d'accidents assureront dans une certaine mesure l'habitude d'hygiène nécessaire. Conférence à renouveler mais avec un matériel plus important.(Il faudrait pouvoir passer de la théorie à la pratique et procéder tous les jours aux soins d'hygiène buccale à l'école. Il faudrait pour cela un certain stock de brosses à dents, et quelques boîtes de dentifrice. L'idéal serait que chaque élève ait sa trousse personnelle.

Nous ne perdons pas de vue la juste remarque de ce conférencier, et déjà j'ai pensé à organiser dans une des écoles de ma région et à titre de modèle et d'exemple, un poste de santé comprenant vestiaire, lavabos, douches, trousse dentaire et pour lequel j'ai obtenu à la date du 10 septembre 1945 une délibération du Conseil Municipal de la commune intéressée, acceptant ma proposition, en prenant part à une partie des frais de l'installation.

A ces conférences feront suite je l'espère cette année, des causeries par des praticiens de l'art dentaire, réservées aux conférencières et conférenciers membres de l'enseignement primaire ; pour fixer leur attention sur les points les plus importants de l'hygiène bucccale, leur indiquer dans quel sens doit s'exercer leur collaboration, et leur donner des précisions sur les avantages sociaux réservés aux enfants dont les parents sont inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite.

Convaincus que l'organisation de la prophylaxie des affections bucco-dentaires à l'école primaire est une œuvre considérable qu'il est urgent d'intensifier, nous avons reconnu nécessaire l'organisation d'un concours devoir après les conférences, avec attribution de prix aux lauréats.

Ce concours a eu lieu jusqu'à ce jour dans le cadre départemental. Cette année scolaire 1945-1946 nous l'établirons sur le plan cantonal et départemental suivant la suggestion de notre confrère Benoist, d'Hosségor.

Voici son organisation : Devoirs obligatoires dans le cours moyen et supérieur. Le texte sera fourni par le Comité Départemental d'Hygiène Dentaire, en accord avec M. l'Inspecteur d'Académie et sera uniforme dans chaque section pour le département.

L'instituteur classera les copies de sa section et adressera celle classée première à M. l'Inspecteur Primaire de sa circonscription, qui constituera un jury placé sous sa présidence, et comprenant un délégué du Comité Départemental d'Hygiène Dentaire. Le jury établira alors le classement par canton. Nous appellerons ce premier classement les éliminatoires cantonales.

L'élève classé premier dans chaque section (cours moyen, cours supérieur) recevra un prix de cent francs et sa copie participera au concours départemental.

Ces copies sont adressées à M. l'Inspecteur d'Académie, lequel constitue sous sa présidence un jury dans lequel figure le Président du Comité Départemental d'Hygiène Dentaire, ainsi que M. le Médecin-Inspecteur à la Santé.

Un concours de dessin et de narration qui, avant la guerre, a donné de très bons résultats dans les Alpes-Maritimes et en Meurthe-et-Moselle, est à l'étude dans notre département.

Toutes les écoles prendront part à ces concours en considérant que la narration doit être une sorte de compte rendu de l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire dans l'école considérée, avec prix partagés entre les élèves et l'école, la meilleure part allant aux prix collectifs afin de stimuler élèves et maîtres.

Notre expérience d'enseignement s'est étendue, en organisant un concours entre les institutrices et les instituteurs du département sur un sujet se rapportant à l'hygiène bucco-dentaire et la Tuberculose. La forme donnée à ce travail était celle d'une leçon s'adressant à des élèves du second cycle.

Pour un premier concours les résultats furent satisfaisants en quantité et qualité de concurrents.

Mais il ne s'agit pas seulement de donner aux enfants des écoles les règles fondamentales de l'hygiène bucco-dentaire ; il faut aussi sur le plan pratique penser au dépistage.

Qu'entend-on par dépistage des affections bucco-dentaires ? Toute lésion en voie d'évolution, provoquant des désordres locaux et généraux.

Comment réaliser ces examens périodiques ?

Le problème n'est pas si facile à solutionner qu'on veut bien le croire, ou le supposer.

Cependant le temps presse, et notre devoir est de ne pas retarder plus longtemps cette solution, à l'époque où nous vivons, marquée chez les enfants par une déficience calcaire très inquiétante.

Le problème du financement sur le plan départemental que nous pré-

conisons concernant ces services de dépistage, avait été résolu par un arrêté approuvé par M. le Ministre de la Santé Publique, dans lequel la quote-part du département était fixée à 3 fr. par élève visité, celle de la commune à 2 fr.

Ces indemnités pourtant dérisoires pour un Dentiste-Inspecteur n'ont pas été adoptées par les assemblées départementales des Landes et des Basses-Pyrénées ; l'une affirmant qu'un examen sommaire par le Médecin-Inspecteur des écoles avec envoi au spécialiste suffisait. L'autre sans méconnaître tout l'intérêt d'un tel contrôle, estimant que le département ne peut faire l'effort budgétaire demandé et qu'il serait désirable que le financement de cette organisation soit assuré par l'Etat tout comme celui-ci assure le financement de l'inspection médicale des écoles.

Certainement, il aurait été plus pratique de voir l'Etat prendre à sa charge ces services, mais comme je viens de l'exprimer le temps presse, et il paraît malheureusement incertain que la France qui a besoin de faire face à des dépenses plus urgentes, puisse disposer dans quelques années des milliards indispensables à l'organisation complète des inspections dentaires scolaires sur le plan national.

Cependant un grand pas est fait dans la voie du plan national puisque l'on parle d'un projet de voiture de stomatologie pour le dépistage de la carie dentaire et des malpositions de la bouche et des dents.

Dans notre région comme dans d'autres à ma connaissance, nous n'avons pas attendu ces projets à la veille d'être réalisés, et poursuivant notre action sanitaire nous avons proposé aux municipalités des cantons où exercent des chirurgiens-dentistes de vouloir bien organiser les inspections dentaires dans les écoles de leur commune, en prenant seulement à leur charge le frais de fiches, avis aux familles, et instruments indispensables à cette inspection.

Naturellement nous n'avons pas à notre disposition une installation moderne, ni même le poste d'examen dentaire envisagé par le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire ; mais malgré nos installations réduites, nous pouvons affirmer avoir contribué pour notre part à sauvegarder la denture et la santé de notre jeunesse studieuse dans la plus grande partie de notre rayon d'action, car dans les départements d'une grande superficie comme ceux des Landes et des Basses-Pyrénées où les communes sont souvent fort éloignées les unes des autres, il est difficile, faute de moyens pratiques, d'étendre son action.

La voiture stomatologique est tout indiquée pour notre région où elle rendra d'importants services.

Quoi qu'il en soit, cette année, des services de dépistage sont organisés ou s'organisent dans les villes de Pau, Bayonne, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Le Boucau, Mauléon, Nay, Salies-de-Béarn, Orthez, Arudy, Laruns, Hosségor, Saint-Vincent-de-Tyrosse, pour ne parler que des principaux centres de notre région.

Plus de trente mille élèves profiteront de ces inspections avec le concours dévoué et désintéressé de nombreux confrères.

Il est donc du devoir de l'institutrice, de l'instituteur, du stomatologiste, et du chirurgien-dentiste de continuer le développement de cet enseignement, et l'extension du dépistage précoce ; chacun comprenant qu'il faut s'attaquer aux sources du mal, en appliquant cette vieille formule : « Prévenir vaut mieux que guérir », et en suivant le programme du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire.

Et puisque l'Etat est actuellement dans l'impossibilité d'organiser entièrement ces services, la meilleure solution immédiate serait pour nous que les assurances sociales fassent un placement « thérapeutique » en fournissant aux Comités Départementaux d'Hygiène Dentaire les sommes nécessaires pour réaliser dans chaque département la tâche sociale que le Gouvernement leur demande de remplir.

La loi organique des assurances sociales prévoit que les Unions régionales peuvent subventionner des œuvres sanitaires.

L'intention du législateur est de faire participer les assurances sociales à l'équipement sanitaire de la nation. Dans ces conditions les Comités Départementaux d'Hygiène Dentaire, œuvre sanitaire de première importance, doivent bénéficier de ces subventions.

J'ai bien essayé dans le plan régional d'accord avec le Directeur Régional à la Santé, d'instituer sous l'autorité des Préfets ces services de dépistage.

Le projet d'arrêté a bien été soumis à l'approbation, je dirai même à la signature du Commissaire Régional à la République, mais ce dernier, d'après les instructions reçues au moment où nous lui présentions cet arrêté ne pouvait imposer aux budgets des départements intéressés, l'inscription d'une dépense qui n'a pas un caractère obligatoire.

Il nous invita alors à soumettre notre étude à l'examen de chaque Préfet de la région de Bordeaux, ces fonctionnaires étant seuls habilités à donner à notre projet la suite la plus opportune.

C'est reprendre la procédure sur le plan départemental.

Et maintenant, puisque en province les inspections dentaires scolaires sont réalisées soit sur le plan départemental ou municipal, dans un grand nombre de régions, l'éducation sanitaire et le dépistage doivent avoir une suite logique : le traitement des caries dentaires et malformations maxillo-faciales, soins naturellement exclusivement réservés aux indigents et aux vraiment nécessiteux.

Les soins spécialement réservés à la catégorie des enfants que je viens de citer doivent être assurés aux élèves de six à quatorze ans, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'enfant quitte l'école.

Jusqu'à ce jour, il faut le reconnaître, la proportion de ces examinés véritablement traités est extrêmement faible par le fait qu'il existe dans les villes peu de services hospitaliers.

Cette situation est regrettable, car les soins dentaires aux enfants sont de la plus haute importance.

Après les années si dures de restrictions alimentaires, l'urgence des soins ne permet pas de s'en désintéresser.

Pour ce motif, dans notre région, au cours des conférences scolaires, et dans les cantons où fonctionnent les inspections dentaires scolaires, nous avertissons les familles de la nécessité, l'urgence d'amener leurs enfants chez le dentiste de leur choix.

Pour les indigents nous réclamons l'organisation de services spéciaux : cliniques scolaires, dispensaires, cabinets dentaires dans l'école dont le financement des soins serait assuré par les assurances sociales, et le budget de l'assistance médicale gratuite.

Si, suivant les circulaires ministérielles du 28 juillet, 30 décembre 1931, 27 décembre 1934, les assurances sociales voulaient bien nous aider dans le fonctionnement des soins dentaires, ce problème délicat serait solutionné dans l'intérêt non seulement de notre jeunesse studieuse, mais aussi dans celui de la santé publique.

C'est le but que nous poursuivons dans notre région. C'est ainsi que notre confrère Benoist, d'Hosségor, membre de la Commission d'Hygiène Internationale, dans son article sur les soins dentaires dans l'équipement sanitaire de la nation en faveur de la jeunesse française, demande à ce que ces soins incombent à l'assistance médicale gratuite, et aux assurances sociales, estimant comme l'écrivait le Docteur Max Eylaud, Docteur en Sociologie de l'Université de Genève et Médecin des assurances, que « la Prophylaxie Bucco-Dentaire est un placement thérapeutique ».

Qui en seraient les premiers bénéficiaires ? Les services déjà existants de création privée ou municipale. Parmi ces services organisés en province, je citerai la clinique dentaire de Saint-Etienne que notre confrère Cros, en

plein accord avec la municipalité et l'autorité Académique créa en 1926, qui après 16 ans de fonctionnement avait prouvé son existence par les cinquante mille enfants soignés.

Celle de Besançon organisée d'accord avec la municipalité et le comité local de l'Union des Femmes de France. Celle de Montpellier qui, installée dans une école, complète le service d'inspection dentaire.

A Lyon comme à Bordeaux, la clinique de l'école dentaire est ouverte aux enfants indigents des écoles voulant bénéficier des soins dentaires.

A Toulouse a été inauguré en 1932 un centre de Stomatologie et d'Hygiène Dentaire, où les soins sont gratuits pour les indigents.

La clinique dentaire d'Hellesme-les-Lille créée depuis peu d'années, a donné des résultats d'ordre prophylactique à enregistrer, puisque, suivant le corps médical et la commission d'hygiène départementale, il a été constaté une diminution appréciable des maladies infectieuses infantiles.

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples.

Je tiens cependant à vous signaler dans le département du Gard, un service scolaire récent dans les écoles rurales non desservies par des cabinets dentaires qui mérite toute notre attention.

Ce service fonctionne avec une camionnette appartenant au service départemental qui transporte chaque jour le chirurgien-dentiste, son aide, et le matériel nécessaire.

Le chirurgien-dentiste du service scolaire rural de ce département est chargé de l'examen et du traitement des élèves de toutes les écoles publiques et privées des communes non pourvues de praticiens de l'art dentaire. Il opère dans les locaux mis à sa disposition par les municipalités et est assisté dans son travail par les assistantes sociales pour l'établissement des fiches dentaires.

Cette organisation de voitures ambulantes, je dois le rappeler en toute justice n'est pas la première en date. Elle a été précédée en 1932 dans le département de la Moselle de voitures stomatologiques, création soutenue par les autorités régionales et le directeur du service d'hygiène départemental.

Tout d'abord, des esprits chagrins crurent voir dans ce système l'acheminement de la profession vers l'étatisation.

Pour l'instant encore, ce que nous pouvons affirmer, c'est que les résultats obtenus furent concluants, et cela tout à l'honneur des femmes chirurgiens-dentistes qui assumaient ces fonctions, en procédant au dépistage, et en donnant leurs soins à plus de trente mille enfants.

C'est là l'intéressant et le point capital de ces réalisations qui devraient servir d'exemple aux départements de la Province qui n'ont encore rien organisé pour la prophylaxie et les soins dentaires.

Cet exposé ne vous montrera pas encore assez l'urgence de ces services, et je souhaite vivement que l'ordonnance déposée au Gouvernement par les Ministres intéressés organisant une prophylaxie bucco-dentaire, soit la récompense un jour très prochain de l'inlassable effort de ceux qui travaillent depuis de nombreuses années à imposer une politique sanitaire qui attribuera à la France, la place qui lui est due en matière d'Hygiène Bucco-Dentaire.

Ainsi, après six années d'une guerre des plus effroyables, d'une occupation des plus dures, nous montrons à nos jeunes confrères le chemin de l'avenir, celui de continuer la tâche si bien commencée par leurs aînés, et cela en consacrant comme eux de longs et patients efforts à la propagande d'éducation sanitaire, afin de donner à la France une jeunesse pleine de santé, des individus forts, dont les conséquences seront la formation de citoyens vraiment dignes de ce nom.

LE CHRONOMÉTRAGE ET SES INCIDENCES DANS LA PRATIQUE COURANTE

Par le Dr Paul RIALLAND

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 juillet 1945)

616.314 : 614.25

Le chronométrage n'a pas bonne presse dans le monde du travail et ce seul terme provoque généralement un véritable réflexe de défense dans le milieu médical.

Cependant, tout homme sait que le temps est sa véritable richesse, et les philosophes ont toujours conseillé d'utiliser au mieux chacune de nos heures.

Chaque année nous passons un certain nombre d'heures auprès de nos patients. Il est certes intéressant de savoir si ces heures sont bien employées, et sinon, comment les rendre plus profitables.

Pour cela, il faudrait analyser chacune de nos opérations, les décomposer en différentes phases et chronométrer chaque phase. Puis, voir ensuite les améliorations que cette analyse peut suggérer.

En fait, cette étude très minutieuse et qui n'a été réalisée nulle part dans notre profession jusqu'ici, ne sera pas envisagée. Notre but, plus modeste, sera simplement de connaître le temps qu'on met à exécuter une intervention courante, dans un cabinet moyen, correctement installé. Puis, d'envisager quelques-unes des conclusions que cette étude suggère.

Comment chronométrer. — Rien n'est plus simple. Il suffit d'une montre et d'un cahier. N'importe lequel d'entre vous peut le faire demain dans son cabinet.

Ce cahier, véritable livre de bord du cabinet, est divisé en 6 colonnes.

Dans la première l'infirmière met le nom du patient.

Dans la deuxième un numéro par patient.

Dans la troisième l'heure d'entrée dans le cabinet.

Dans la quatrième l'heure de sortie. En fait, dans le cas où les rendez-vous se succèdent, c'est l'heure d'entrée du patient suivant qui est notée, de façon à ce que tout le temps utilisé, même celui qu'on a mis à reconduire le patient soit enregistré.

Dans la cinquième la différence entre les 2 chiffres précédents donne la durée de la séance en minutes.

Dans la sixième le détail des interventions exécutées pendant la séance est noté par le praticien.

Chaque soir on reporte sur les fiches les colonnes 5 et 6. Ce travail est beaucoup plus long à décrire qu'à exécuter.

Notons en passant que, tous les soirs, en additionnant le temps de la colonne 5, on connaît la durée du travail effectif d'une journée.

On peut connaître ainsi chaque mois, puis chaque année, le temps réel passé sur les patients. Après de nombreuses années de chronométrage quotidien, nous avons constaté qu'en moyenne nous passions environ 1.500 heures à travailler effectivement, chaque année.

Dépouillement des fiches. — Le temps de chaque séance étant reporté sur la fiche de chaque patient, une addition permet de connaître, en fin de traitement, le temps mis à l'accomplir.

Une simple règle de trois donne le tarif horaire auquel on a travaillé dans ce cas. Mais ceci est de peu d'intérêt. Ce qui compte, c'est une moyenne

et surtout la moyenne de chaque type d'intervention. Pour l'obtenir voici comment il faut procéder : au cours d'une période donnée, un mois par exemple, on a conservé toutes les fiches des traitements terminés. Sur un deuxième cahier, que nous avons appelé *cahier de statistiques*, il suffit de réserver une ou plusieurs pages pour chaque type d'intervention.

Nous avons adopté les types suivants : extractions, soins, prothèse fixe, prothèse amovible.

La page des extractions comprend par exemple 4 colonnes : 1re : Nom ; 2^{me} : Nombre d'extractions ; 3^{me} : Temps ; 4^{me} : honoraires.

Pour les soins : 1re : Nom ; 2^{me} : II^{e} degré ; 3^{me} : III^{e} degré ; 4^{me} : IV^{e} degré ; 5^{me} : N. B. ; 6^{me} : Temps ; 7^{me} : Honoraires.

Pour la prothèse fixe : 1re : Nom ; 2^{me} : Description du travail ; 3^{me} : Substances employées ; 4^{me} : Poids du métal précieux ; 5^{me} : Honoraires ; 6^{me} : Façon ; 7^{me} : Bénéfice ; 8^{me} : Temps.

De même pour la *prothèse amovible.*

Le cadre étant préparé, il suffit de prendre chaque fiche et de rechercher chaque type d'intervention, son temps, ses honoraires, et de les marquer à la place voulue.

Les moyennes. — Après plusieurs mois de dépouillement, on peut établir des moyennes qui, portant sur de nombreux cas, ont une réelle valeur.

Les résultats qui seront donnés dans un instant ont été obtenus après le chronométrage de plus de 32.000 R. V.

Mais pour les temps d'extractions, par exemple, en faisant la moyenne tous les quatre mois, nous trouvons des chiffres sensiblement constants, à quelques secondes près, c'est une notion sur laquelle il faut insister.

LES RÉSULTATS. — *Les extractions.* — Une extraction *seule* a été accomplie en 14' 10 (sur 1693 cas) ; dans le cas d'extractions multiples dans la même séance, chaque extraction 6' 38 (sur 1763 cas) ;

En additionnant les deux moyennes, on trouve après 3456 cas, qu'une extraction s'accomplit en 10' (6 extractions par heure).

Les soins. — La statistique porte sur plus de 5.600 dents traitées.

1° II^{e} degré (3.700 cas) : 20' (3 par heure) ;

2° III^{e} degré (1.630 cas) : 52' ;

3° IV^{e} degré (337 cas) : 90'.

Sur 100 dents traitées : 65 II^{e} degré, 29 III^{e} degré, 6 IV^{e} degré.

Durée moyenne d'une OB et TR 32' 18''.

Pour la prothèse fixe. — Les temps indiqués ne comprennent pas les traitements des piliers.

Sur plus de 500 couronnes, 72' par couronne ; une dent à tenons, 120' ; sur 563 éléments de bridge, un élément : 30'. Les piliers comme nous l'avons vu, demandent de 72 à 120' et les éléments intermédiaires 26' seulement.

Pour la prothèse amovible. — 54 cas ; un complet H. et B. retouches comprises : 109'. 23 cas ; un complet H. seul (ou B.) : 98'. 36 cas ; un complet H. et partiel B. : 105'. 126 cas ; un partiel : 69'. 69 cas ; 2 partiels : 105'.

Sur 100 heures de travail au cabinet : 9 h. 20' d'extractions ; 64 h. de soins ; 19 h. de prothèse fixe ; 7 h. 30' de prothèse amovible.

Cette formule permet en la combinant avec les chiffres précédents de connaître très rapidement la valeur pratique d'un tarif d'honoraires.

REVUE ANALYTIQUE

R. WEANER. — **Le Fluor et les caries dentaires.** (*British Dental Journal,* 6 octobre 1944).

La nouvelle enquête faite sur les bords de la Tyne et dans le Sunderland confirme l'opinion que l'auteur s'était faite sur la question à la suite d'enquêtes faites en d'autres régions de l'Angleterre. Selon les variations de la teneur du fluor dans l'eau de consommation habituelle, les caries dentaires sont plus ou moins fréquentes. Le fluor retarderait les caries dentaires, qu'il ne peut d'ailleurs par lui-même seul empêcher. Son influence s'exercerait sur la dentition dans la période pré-éruptive ; ceci expliquerait l'échec de la thérapeutique fluorée dans les caries dentaires confirmées.

CERNÉA et DESCROZAILLES. — **Contribution à l'étude de la pathologie du nerf dentaire inférieur.** (*Revue de Stomatologie,* Paris, novembre 1944).

Les auteurs rappellent tout d'abord les conditions anatomiques toutes spéciales que présente le nerf dentaire inférieur en signalant l'intimité des rapports que ce nerf contracte avec le tissu osseux et les dents au cours de son très long trajet intra-maxillaire. Le nerf facial seul présente dans l'anatomie humaine une situation comparable. Il est de règle dans la pathologie du maxillaire inférieur de rechercher l'atteinte ou l'intégrité du nerf ; certains lui accordent une valeur diagnostique fondamentale, d'autres une valeur très restreinte. Si l'on étudie les altérations de la sensibilité au cours des diverses affections mandibulaires on constate les altérations paradoxales en regard de causes peu importantes qu'il faut opposer à l'intégrité rencontrée parfois malgré d'énormes lésions.

Ce travail se divise en trois chapitres au cours desquels les auteurs étudient :

1° Les lésions du nerf au cours des différents traumatismes (fractures-extractions) ;

2° Les lésions au cours des tumeurs malignes de la mâchoire ;

3° Les lésions au cours des infections du maxillaire.

Leurs conclusions sont les suivantes :

Les traumatismes, les infections, les tumeurs malignes du maxillaire inférieur entraînent fréquemment des troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf.

La présence des signes de souffrance du nerf a une valeur diagnostique certaine au cours des processus infectieux et tumoraux car elle traduit habituellement une atteinte profonde de l'os et ne s'observe jamais au cours de l'évolution des tumeurs bénignes.

Parfois même une anesthésie labio-mentonnière peut être révélatrice d'une métastase d'un épithélioma glandulaire.

A l'opposé, il peut cependant exister des destructions considérables avec conservation de la sensibilité, qu'explique la résistance du nerf à l'infection et au processus néoplasique. P.V.

AUGARD et VICAT. — **L'acier inoxydable en prothèse dentaire.** (*Annales Odonto-Stomatologiques,* octobre 1944).

Cet article est divisé en deux parties. Dans la première partie, les auteurs étudient les aciers inoxydables en eux-mêmes ; dans la seconde partie, ils passent en revue toutes les applications pratiques des aciers inoxydables en prothèse dentaire. Cette seconde partie est très intéressante, car tous les avantages, toutes les difficultés que l'on peut rencontrer pour la confection des plaques, des couronnes, des bridges, y sont très bien exposées.

Première partie. — Notions générales sur les aciers inoxydables. Ces aciers sont des alliages de fer dont la teneur en carbone est réduite au minimum et auxquels ont été incorporés du chrome et du nickel en proportions variables (18 à 22 % pour le chrome, 8 à 10 % pour le nickel). Ces aciers sont inoxydables et leurs propriétés physiques et chimiques sont telles que la muqueuse buccale accepte très bien leur présence. Mais certaines de leurs qualités se perdent facilement à la suite d'erreur de technique. L'écrouissage, le chauffage exagéré peut modifier leur structure moliculaire

d'une façon désastreuse. Par exemple l'estampage à froid détermine souvent un écrouissage facheux.

Lorsque l'on chauffe l'acier entre 500 et 900 degrés il se produit des carbures doubles de fer et de chrome qui rendent l'alliage hétérogène, cassant et en limitent la durée. On peut remédier à ces inconvénients en recuisant l'acier dans un bain de baryum à une température oscillant entre 1140 et 1180 degrés, à l'abri de l'air, puis refroidi dans une solution de soude ou de sel dans l'eau à 60 degrés. Un nettoyage et un décapage minutieux sont nécessaires avant de recuire et de souder. Quand on coule le métal il faut prendre aussi beaucoup de précautions car lorsque l'on fond aux environs de 1400 degrés il y a toujours oxydation ; il est donc indispensable de faire subir au métal un traitement d'homogénéisation ou de régénération ; pour obtenir ce résultat il faut le recuire au four électrique fermé pendant cinq minutes à 1150 degrés, puis le plonger rapidement dans l'eau froide. P.V.

Dominante latérale et bec-de-lièvre. — Société de Pédiatrie, 5 décembre 1944. — In *Presse Médicale*, 10 février 1945.

M[lle] TISSERAND, étudiant 210 cas de becs-de-lièvre traités par MM. VEAU et LEVEUF, a pu relever parmi eux un nombre excessif de gauchers. Leur pourcentage atteignant 19,1 alors que dans une population quelconque il n'est que de 8,4. Cette constatation permet d'établir une relation certaine entre la dominante latérale gauche et le bec-de-lièvre. L'influence de la dominante latérale sur l'extériorisation à gauche du bec-de-lièvre lui-même paraît également devoir être prise en considération.

A propos de l'apparition dans l'armée de nombreux cas de gingivo-stomatite ulcéreuse — Société de Médecine Militaire Française, 12 avril 1945. — In *Presse Médicale*, 19 mai 1945.

M. DUMALLE, recherchant l'étiologie de ces affections, accuse le manque d'hygiène bucco-dentaire, mais pense qu'il y a lieu d'ajouter à cette cause locale, qui manque quelquefois, un état de moindre résistance du sujet, et de sa gencive en particulier à l'infection. Dans bien des cas cet état serait dû à une carence en vitamines (résultat des dosages, fréquence de l'association fusospirillaire, épreuve du traitement) d'où nécessité d'associer au traitement local, qu'il ne peut cependant jamais remplacer complètement, le traitement général par les vitamines.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm) — In *Presse Médicale.*

Paul MARCUSSEN. — *Inflammation cutanée des commissures labiales (perlèche) comme signe d'affections locales ou générales (Acta dermato-venereologica*, vol. 24, fasc. 2, juin 1943, p. 83-112*)*. — Sur 8.000 malades fréquentant la clinique dermatologique de l'Institut Finsen, M. constata 100 cas de perlèche.

29 cas de perlèche furent observés au cours d'affections cutanées : 15 accompagnaient le prurigo de Besnier ; la lésion était sèche avec quelques fissures radiales commissurales. 14 autres cas coexistaient avec d'autres dermatoses : pityriasis simple, eczéma, folliculite de la barbe, impétigo.

Un 2e groupe de 46 cas de perlèche accompagnait des affections de la bouche ; dans 3 cas, il s'agissait de lésions muqueuses locales (xérostomie, glossite hypertrophique et glossite syphilitique tertiaire) ; dans 43 cas, on notait des anomalies de la bouche (prognatisme, anomalies dentaires) ; les fissures commissurales avaient alors une direction oblique.

Un 3e groupe de 25 cas de perlèche fut observé au cours d'affections générales ; dans 4 cas, il s'agissait d'affections graves (anémie pernicieuse, anémie hypochrome, avec sidéropénie, diabète sucré, hypertension artérielle) ; 21 malades étaient atteints de syndrome achylique, dont 4 avec syndrome de Plummer-Vinson et 4 avec sidéropénie ; la perlèche paraissait plus macérée dans ces cas.

Le traitement consista surtout en injections de riboflavine et autres préparations de vitamine B2, ainsi qu'en lactate de fer, dans les cas associés à la sidéropénie. Les résultats furent favorables.

Un grand nombre de malades atteints de perlèche avaient une mauvaise dentition.

Au point de vue étiologique, on a trouvé dans les lésions soit des levures et du mycélium, soit des bactéries qui ne paraissent avoir une grande signification.

R. BURNIER.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 mars 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30 sous la présidence du Dr DELIBÉROS. Après avoir présenté les excuses du Dr ROY, de MM. PIERSON et HEIDÉ, il donne la parole au Dr POLUS, de Bruxelles, qui présente *des meules et des disques diamantés* offrant cette particularité d'être diamantés dans la masse.

A l'usage, l'instrument se démétallise et met le diamant à nu, le mordant augmente ; la nouveauté réside dans le fait que l'amalgame, l'acier, la porcelaine et l'or sont attaqués par ces meules et disques.

MM. HOUSSET et RIVAULT prennent part à l'argumentation.

Le Dr POLUS présente ensuite *un instrument pour l'extraction des dents de sagesse par guillochage.*

Argumentation du Dr DECHAUME.

Le conférencier présente ensuite *une pince pour la confection des bagues pour couronnes-jacket.*

Le Dr DELIBÉROS remercie, au nom de la Société, le Dr POLUS, que nous avons été heureux de recevoir et d'entendre.

La parole est ensuite donnée au Dr BERNARD pour sa communication sur : *L'odontoblaste, cellule ectodermique. Conséquences thérapeutiques.*

L'odontoblaste est habituellement considéré comme une cellule dérivée de la papille, donc d'origine mésodermique. Dans la théorie de RETTERER — en général déformée par ses commentateurs — l'odontoblaste dériverait — comme d'ailleurs tous les éléments de la dent — de l'ébauche épithéliale, mais après un stade conjonctif.

L'analyse de l'odontogénèse permet de reconnaître que si la couche d'odontoblastes est liée à la papille conjonctive nourricière, et si elle est séparée de la couche des adamantoblastes par une interposition secondaire d'ivoire et d'émail, il n'en est pas moins vrai qu'à l'origine odontoblastes et adamantoblastes sont en contact et jumelés ; ils peuvent donc dériver d'une assise commune « ectodermique ».

Les odontoblastes conservent d'ailleurs des caractères ectodermiques : ils se disposent en couche dite « épithélioïde » (terme qui reconnaît la similitude). Cette disposition en couche est l'équivalent de l'assise génératrice des phanères : accolée à une papille nourricière, mais d'origine ectodermique. La sensibilité de la dentine est due à des prolongements des odontoblastes — équivalents des dendrites des cellules nerveuses — or la sensibilité est un caractère ectodermique : le système nerveux est un dérivé ectodermique.

Le phénomène de cicatrisation est un processus ectodermique ; la néoformation de dentine dans les plaies pulpaires, considérée jusqu'alors comme un processus plus ou moins morbide, apparaît ainsi comme un phénomène de guérison, une cicatrisation vraie de ces plaies.

Pour être satisfaisante, cette cicatrisation ne doit plus être accidentelle, elle doit, au contraire, être dirigée par une technique très simple mais précise qui exclut les procédés habituels de coiffage de pulpe par coagulation ou fixation (la seule présence d'oxyde de zinc entrave la régénération dentinaire). Cette technique consiste à parer la plaie et la protéger par un pansement formé d'un tapis de coton imprégné de citronnellol-niaouli. La cicatrisation obtenue en quelques jours permet de remplacer l'habituelle destruction pulpaire ou sa conservation cadavérique par une conservation vitale de l'endodonte.

Prennent part à la discussion : MM. MARMASSE, DEGUS, HOUSSET et POCHARD.

M. BOURSIER nous présente ensuite une note sur : *Le traitement des gingivo-stomatites et des alvéolites par la pénicilline.*

Ce traitement est effectué à l'aide de tablettes que notre jeune confrère a utilisées lors de son séjour dans la R.A.F., en Angleterre.

Prennent part à la discussion : le Dr DECHAUME, le Dr BERNARD et M. COUSTAING.

La séance est levée à 23 heures. *Le Secrétaire général* : M. RIVAULT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

(Séance du 22 janvier 1946)

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. Georges DELARRAS.

Le Président donne la parole à M. Jean DELTOUR qui lit les comptes rendus des séances extraordinaires de juillet et de septembre, ainsi que celui de la séance du 21 décembre 1945. Ces divers procès-verbaux sont adoptés à l'unanimité.

M. Georges DELARRAS donne la parole à M. le Dr BOUVRAIN, Médecin assistant des hôpitaux de Paris, pour sa conférence intitulée : *Du rôle des infections focales dans les cardiopathies.*

Le Dr BOUVRAIN définit ainsi les infections focales, foyer ancien à évolution chronique localisée, capable de donner des complications viscérales parfois graves, qui souvent l'objectivent. Cette affection entre dans le cadre de la pathologie générale, car les complications à distance qu'elle donne, peuvent se manifester dans tous les viscères.

L'infection focale d'origine dentaire relève souvent de la pyorrhée, du granulome et plus accessoirement de capuchons muqueux de dents de sagesse. La flore microbienne est variée, elle peut se limiter grossièrement aux septocoques, entérocoques, fusospirilles et à leurs diverses associations. Les germes ont des voies d'essaimage variées suivant les affections causales. Pour la pyorrhée, la résorption sanguine et la pyophagie sont à incriminer. Pour le granulome le passage dans le sang des germes qu'il contient, d'ailleurs facultativement, ne peut s'expliquer qu'à la lumière des travaux de M. REILLY. Le thrombus veineux infecté, est disloqué et les fragments de culture sont essaimés. Le rôle de l'infection focale n'est pas démontré dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, mais il l'est pour celle des endocardites malignes.

L'E. M. aiguë est rare, son évolution rapide et dramatique à partir d'un cœur sain. L'E. M. lente survient chez des cardiopathes, qui présentent comme signes essentiels un soufle artificiel et une température élevée prolongée, entrecoupée de périodes de rémission. Le germe le plus souvent retrouvé à l'émoculture est le streptocoque viridans. La terminaison fatale de la maladie qui s'effectue dans un délai de six mois à deux ans est précédée de complications dont les plus pénibles sont les embolies et les anévrysmes. De nombreuses observations, surtout américaines, ont apporté la preuve de l'origine focale des germes en cause. Dans plus de 34 % des cas d'une statistique anglaise, cette infection avait un siège buccal.

En conclusion : chez un cardiopathe, les précautions d'asepsie lors d'une pulpectomie doivent être décuplées, de même à l'occasion d'une avulsion dentaire.

Il est possible de se protéger par un barrage sulfamidé prophylactique. D'autre part, les essais de traitement de la maladie d'Osler par la pénicilline permettent d'espérer un avenir meilleur quant au pronostic de cette maladie et donnerait au chirurgien-dentiste une arme redoutable.

D'autre part, il est possible qu'une lutte rationnelle contre les états bucco-dentaires défectueux arrive à jouer un rôle dans la prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu.

Le Dr Gérard MAUREL rappelle l'évolution d'une septicémie chez une patiente pyorrhéique sans cardiopathie, sur laquelle il avait pratiqué une avulsion. Cette streptococcémie ne fut pas suivie d'endocardite et la malade guérit.

Le Dr RACHET propose de pratiquer la prophylaxie des accidents cardiaques en réalisant une sympathectomie pharmaco-dynamique par l'utilisation des drogues sympathicolytiques qui diminuerait la fréquence de formation du thrombus.

Le Dr RACHET pense qu'il est aussi préférable d'adjoindre au traitement proposé par le Dr BOUVRAIN, une sirovaccinothérapie anti-anaérobie, pour suppléer à la carence de la pénicilline dans cet ordre.

Le Dr BOUVRAIN précise qu'il y a deux aspects thérapeutiques à envisager pour résoudre la question : soit une thérapeutique anti-infectieuse (sulfamides-vaccins), soit empêcher la formation du thrombus.

A part le moyen proposé par le Dr RACHET, il existe plusieurs produits encore à l'étude et destinés à empêcher la coagulation intra-vasculaire du sang : héparine, hirudine, sels de terre rares et les dérivés de la coumarine. Cependant ils ont pour inconvénient de favoriser les hémorragies.

Le Président remercie le Dr BOUVRAIN pour sa captivante communication et émet le vœu que cette première prise de contact ne soit pas sans lendemain.

La séance est levée à 22 h. 20. *Le Secrétaire des Séances* : Jean DELTOUR.

NÉCROLOGIE

J.-S. BRUSKE — B. DE BEER

Par des nouvelles que nous avons reçues de Hollande, nous apprenons que, au cours de l'occupation allemande, deux de nos confrères d'Amsterdam particulièrement sympathiques, MM. BRUSKE et DE BEER, déportés en Allemagne, sont morts victimes de la barbarie allemande, avec Mmes Bruske et de Beer, ainsi que leurs enfants, six chez Bruske, cinq chez de Beer.

J.-S. BRUSKE, qui fut secrétaire général, puis président de la Commission d'Hygiène de la Fédération Dentaire Internationale, avait depuis vingt ans déployé une activité des plus méritoires dans cette Commission à laquelle il a rendu les plus éminents services. B. DE BEER était secrétaire adjoint de cette même Commission.

Nous adressons à la mémoire de ces malheureuses victimes de la barbarie germanique un hommage douloureusement ému.

STOPPANY

Nous apprenons avec regret la mort, à 77 ans, du Professeur Stoppany, ancien professeur de Polyclinique à l'Ecole Dentaire de Zurich, dont il fut longtemps directeur et au développement de laquelle il contribua largement.

Stoppany a joué un rôle important dans l'organisation de la profession dentaire en Suisse et laissé d'unanimes regrets chez tous ceux qui l'ont connu.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du mari de notre confrère Mme J. Allier-Mazen, de Quimper. Les artistes montmartrois ont fait célébrer, en hommage de Raymond Mazen (Pascal Messine), peintre et chansonnier distingué, un service à Saint-Pierre de Montmartre, à l'issue duquel ils ont évoqué son souvenir.

Mme Raymond de Croizant, chirurgien-dentiste à Tours, membre de notre Groupement, a été éprouvée par la perte de sa mère, Mme Veuve Lucien Ranson, décédée le 26 février 1946.

Mme Mivielle-Govin, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a été éprouvée par la mort de son père, M. Fernand Govin, décédé le 1er mars 1946, à Paris.

M. Aré Edwards, chirurgien-dentiste, membre du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, a été éprouvé par la mort de son père, M. H. O. Edwards, chirurgien-dentiste à Biarritz, décédé le 1er mars 1946.

Nous leur adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

La Fédération Dentaire Nationale, réunie en Assemblée Générale le 7 février 1946, a entendu le compte rendu moral et financier fait par son Président et son Trésorier.

Elle a décidé d'organiser une souscription et une manifestation de sympathie en faveur de son Président d'honneur A. BLATTER qui se retire définitivement de la vie professionnelle après cinquante années de dévouement inlassable et désintéressé.

Elle a ensuite renouvelé son Comité Exécutif, lequel dans sa réunion du 27 mars a élu son Bureau, qui est ainsi composé :

Président : Henri VILLAIN. — *Vice-Présidents* : Dr FRISON et WALLIS-DAVY. — *Secrétaire Général* : DELARRAS. — *Secrétaire Général Adjoint* : YON. — *Trésorier* : Paul FONTANEL.

Communiqué :

LE TROISIÈME CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

aura lieu du **Jeudi 9 Mai**, à 20 h. 30
au **Dimanche 12 Mai**, à 18 heures

à la Grande Salle de Réunion du Conseil National des Chirurgiens-Dentistes,
60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e)

Parmi les nombreux Conférenciers inscrits au programme, nous relevons les noms de : MM. les Drs BÉCARD, BERNARD, Cameïna d'ALMEÏDA, CORNET, CROCQUEFER, Professeur DUBECQ, GINESTET, GORET, HUET, GÉRARD-MAUREL, TRICOT, VIRENQUE, de MM. BUDIN, GUINAT, LIONEL-DUVAL, Jean PAINLEVÉ, ROBLIN, ROGER, SOULET.

Au cours de ces Journées, les Congressistes pourront assister à deux visites Conférences :

Le vendredi après-midi : **Au Centre d'Expérimentation Scientifique du Dr Debat, à Garches.**

Le samedi matin : **A l'Ecole Vétérinaire d'Alfort.**

Le dimanche 12 aura lieu une Exposition-Démonstration, où MM. les Fabricants et Fournisseurs présenteront les diverses acquisitions et inventions de la profession.

Le programme complet et détaillé paraîtra incessamment.

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

15, rue Jean-Mermoz, Paris (8e)

CONCOURS D'AFFICHES

Le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire ouvre, sous le patronage des Ministres de la Santé Publique et de l'Education Nationale, un concours pour une affiche de propagande d'Hygiène Dentaire.

Cette affiche, d'éducation sanitaire, est destinée à être apposée dans tous les lieux publics.

Les envois doivent être adressés au Siège social, 15, rue Jean-Mermoz, Paris (8e), pour le 15 mai 1946 au plus tard.

Les maquettes deviendront la propriété du Comité National.

Le concours est doté de prix en nature importants.

Le Jury comprendra des personnalités artistiques de l'édition et des propagandistes de l'Hygiène générale.

LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Se réunira à Paris, du 30 mai au 2 juin 1946, sous la présidence du Dr DECHAUME

OUVERTURE DE CONCOURS A L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE PARIS

Des concours pour les postes de : *Professorat suppléant* de bridges et couronnes, 2 places ; *Professorat suppléant* de dentisterie opératoire (proprement dite), 1 place ; *Professorat suppléant* de dentisterie opératoire (aurifications-inlays), 1 place ; *Clinicat* de prothèse, 1 place ; *Clinicat* de dentisterie opératoire (proprement dite), 4 places ; auront lieu à l'Ecole Odontotechnique de Paris, dans la *première quinzaine de juin* 1946.

Les Candidats peuvent s'inscrire au Secrétariat de l'Ecole, 5, rue Garancière, Paris, *jusqu'au* 15 *mai inclus.*

ASSURANCES AUTOMOBILES

AVIS

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions TRÈS INTÉRESSANTES pour les Membres du Groupement de l'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS et de l'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE qui ont à souscrire une police automobile.

Ceux d'entre eux qui désirent profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

Fiançailles. — On annonce les fiançailles de M. Jean Holstein, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, fils de M. B. Holstein, chirurgien-dentiste à Rouen, déporté, avec Mlle Monique Lamu.

Nos sincères félicitations.

Mariages. — Le mariage de Mlle Andrée Brenot, chirurgien-dentiste, fille de M. et Mme Marcel Brenot, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, avec M. Charles Dauzats, a eu lieu le 22 décembre 1945.

Le mariage de M. Gaston Augot, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Odette Soubranne, a eu lieu le 4 mars 1946, à Clermont-Ferrand.

M. Victor Leroy, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont fait part du mariage de leur fils, M. Georges Leroy, avec Mlle Denise Amand, célébré le 20 février 1946, à Saint-Martin-des-Besaces (Calvados).

Le mariage de M. Pierre Gross, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Hélène Katz, a eu lieu le 7 mars 1946, à Paris.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Jean Denninger, élève à l'E. D. P. et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fils Patrick, le 27 décembre 1945.

M. P. Lepoivre, chirurgien-dentiste à Asnières, membre de notre Groupement et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fils Michel, le 25 janvier 1946.

M. Jacques Doreau, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P. et Mme, nous font part de la naissance de leur fils Alain, le 28 janvier 1946.

M. Durrieu, chirurgien-dentiste à Fay-aux-Loges, membre de notre Groupement et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fille Hélène, le 4 février 1946.

M. J. Bédé, élève à l'E. D. P. et Mme Bédé-Grenier, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille, Pascale, le 9 février 1946.

Nous leur adressons nos sincères félicitations.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE MUSÉE FAUCHARD

Par le Dr L. SOLAS
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Causerie faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 11 janvier 1946, avec présentation de la collection d'anatomie comparée).

616.314 (074)

Les débuts du Musée. — Le Musée Fauchard a commencé d'exister dès les débuts de l'Ecole Dentaire de Paris, c'est-à-dire vers les années 1880-1881. Rue de la Tour-d'Auvergne, il fut installé d'abord au rez-de-chaussée, autour de la salle actuelle du stage, puis transporté au premier étage et l'on pouvait admirer sa belle ordonnance aux temps où M. le Professeur Lemerle en était le distingué conservateur. J'évoque encore la visite du Professeur Landouzy, alors Doyen de la Faculté de Médecine, qui bouscula le protocole, allongeant considérablement le temps officiellement prévu, pour se pencher longuement sur les vieux livres et sur les instruments anciens. Notre maître, riche d'une culture étendue, révéla à beaucoup des assistants tout le parti qu'un commentaire approprié peut tirer de vieilles choses qui risqueraient de ne pas retenir l'attention, si nous n'étions un peu sensibilisés. La leçon était excellente et je ne l'ai jamais oubliée.

Depuis cette époque déjà lointaine, notre Musée a subi de graves dommages lors de son transfert. Un deuxième déménagement hâtif, le séjour prolongé des collections dans un local peu approprié ont endommagé beaucoup de pièces et bien des dégâts sont irrémédiables. Heureusement depuis ces jours sombres de nombreux dons sont venus enrichir les collections et actuellement c'est surtout le manque de place qui cause les plus graves soucis.

Description sommaire. — En réalité, le Musée Fauchard déborde largement le cadre qui lui est assigné officiellement. Toute l'Ecole Dentaire de Paris est envahie un peu plus chaque jour par les collections impossibles à classer dans les pièces réservées du premier étage.

La salle du Conseil est dès maintenant une annexe où seront exposés les tableaux, les photographies, les bustes, les médailles et quelques-uns des livres professionnels les plus remarquables.

De nombreuses vitrines d'intérêt pédagogique sont disséminées au stage, à la clinique de prothèse, etc...

Dans le local réservé au Musée, plusieurs sections ont été constituées.

Les Livres anciens. — Tout d'abord les livres anciens dont quelques-uns seulement seront exposés à la salle du Conseil, tiennent une place importante.

Près de 300 volumes s'y trouvent réunis, comprenant la plupart des auteurs Français qui ont laissé un souvenir durable par leurs travaux et leur notoriété.

La Prothèse restauratrice. — La section réservée à la prothèse restauratrice occupe toute une pièce, elle comprend de nombreux appareils et moulages et, en particulier, des prothèses exécutées pendant les guerres de 1870, de 1914 et de 1939.

Les Articulateurs. — La collection des Articulateurs est constituée d'un fonds très important donné par M. le Docteur O. Amoedo (grâce à l'entremise de notre regretté confrère G. Villain), autour duquel ont été groupés de nombreux spécimens des articulateurs les plus connus.

De l'avis des gens avertis, cette collection est une des plus complètes.

Les Instruments anciens. — Les instruments anciens occupent quatre grandes vitrines. Les plus vieux remontent au XVIe siècle. Les différents modèles de poussoirs ; tiretoirs, pélicans ; déchaussoirs, clefs de Garengeot, etc..., sont représentés à de multiples exemplaires.

L'Orthodontie. — L'orthodontie, à l'étroit dans une vitrine, mériterait une place permettant de mieux mettre en valeur les nombreux objets exposés. Appareils, instruments, moulages, etc...

Une vitrine contient les pièces pédagogiques conçues et exécutées par M. P. Housset ; nous envisageons de mettre cette collection plus près des étudiants qui doivent avoir les plus grandes facilités pour les consulter ; la clinique de prothèse conviendrait particulièrement pour cette exposition.

Anatomie comparée. — Ayant admiré au passage un petit buste de Fauchard, vu par un artiste japonais, et la somptueuse trousse ayant, semble-t-il, appartenu au dentiste du roi Charles X, nous arrivons à la Collection d'Anatomie comparée, dont la présentation vient d'être complètement renouvelée dans un esprit plus spectaculaire.

Anatomie Pathologique Dentaire Humaine. — Et nous terminerons ce rapide inventaire par un coup d'œil à la collection d'Anatomie pathologique dentaire humaine, qui comprend environ 800 dents, offrant toutes un intérêt précis.

Toutes ces différentes sections sont susceptibles d'être étalées beaucoup plus largement, car les placards contiennent nombre de pièces qui attendent une place pour être mises en valeur.

Les Catalogues. — Au reste, ce qui importe avant tout dans un Musée ce n'est pas tellement l'abondance des pièces mais la façon dont elles sont présentées au visiteur.

Il est impossible sur une étiquette de donner beaucoup de renseignements ou alors l'étiquettage devient si encombrant qu'il masque les pièces.

Il est donc indispensable de dresser des catalogues où la place n'étant pas mesurée il est loisible de s'étendre sur les particularités de chaque objet, d'en rappeler l'origine, de donner enfin tous les renseignements qui permettent à un chercheur éventuel de s'appuyer sur une documentation précise, dont il puisse faire état. C'est pourquoi il importe que chaque pièce soit offerte avec un commentaire aussi détaillé que possible.

Nous avons entrepris depuis plusieurs années de dresser des catalogues.

Dès 1936, celui de la collection d'Anatomie Pathologique dentaire humaine était mis au point et nous avons pu le présenter à l'exposition qui accompagnait le IXe Congrès dentaire international, à Vienne.

Bientôt il fut suivi du catalogue des Articulateurs, œuvre de M. Marguerite, professeur de Prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris.

Celui des livres anciens a été achevé en 1937.

Celui des pièces orthodontiques a été dressé par M. Beauregardt, professeur d'Orthodontie à l'Ecole Dentaire de Paris.

Nous devons une mention particulière à deux de nos excellents et généreux confrères, MM. Blatter et Gentilhomme, qui ont offert à notre Musée deux remarquables peintures à l'huile : les portraits de P. Fauchard et d'H. Wells, par M. V. Blatter, père de notre Président-Directeur.

Tous les tableaux, bustes, médailles et photographies ornant la salle du Conseil sont recensés et feront l'objet d'un livret spécial, en préparation.

Le Catalogue de l'Anatomie comparée. — L'année qui vient de s'écouler a été consacrée tout entière à la confection du catalogue des Mammifères de la collection d'Anatomie comparée. Il comporte environ 800 pages.

Ce fut un travail hors du champ habituel de la pratique dentaire et sans le secours de MM. Bourdelle et P. Rode, professeur et assistant au Muséum d'Histoire Naturelle de Paris, nous aurions trouvé cette tâche bien ardue.

Le plan adopté pour le classement a suivi scrupuleusement les indications du laboratoire de Mammalogie.

Division en trois sous-classes et quatorze ordres.

L'ancien ordre des Edentés a été scindé en trois :

Monotrèmes	1 ordre.
Marsupiaux........................	1 ordre, 2 sous-ordres.
Placentaires	12 ordres.

Le nombre de pièces à classer n'étant pas très élevé, nous les avons ordonnées par familles ou sous-familles.

Chaque pièce a reçu une marque composée de lettres et de chiffres.

En tête, la lettre M (Mammifères).

Puis un chiffre arabe, 1, 2, 3, indiquant la sous-classe.

Ensuite un chiffre romain indiquant l'ordre : de I à XIV.

Dans l'intérieur de l'ordre chaque famille a reçu un numéro. Enfin, s'il y a lieu, les sous-familles sont désignées par une lettre minuscule : a, b, c, etc...

Dans certains ordres particulièrement riches, il a été nécessaire d'introduire des indices supplémentaires, lettres ou chiffres désignant les sous-ordres, groupes, etc...

C'est le cas chez les Rongeurs, chez les Primates, etc... Cette façon de marquer les pièces permet de classer rapidement les dons futurs que nous espérons devoir être nombreux.

Le catalogue des Mammifères comprend deux autres parties :

1° Un résumé des caractères généraux et maxillo-dentaires des différentes familles et sous-familles qui comprend environ 300 pages.

2° Enfin, un important index alphabétique où l'on s'est efforcé de donner l'étymologie des mots scientifiques chaque fois que cela a été possible ; cette connaissance étant d'un grand secours pour la mémoire surchargée par l'abondance de mots nouveaux.

Il serait injuste de ne pas mentionner les *noms de ceux qui furent à l'origine de la Collection d'Anatomie comparée*, qui contribuèrent par la suite à en augmenter la valeur. C'est M. Choquet, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, qui a été le premier donateur.

M. le Professeur Bourdelle, professeur au Muséum, M. P. Rode, professeur assistant au Muséum ; M. Bressou, directeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire ; M. le Docteur Bennejeant, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris ; M. Laurian ont offert de nombreuses pièces.

Intérêt de l'Anatomie comparée. — Avoir une collection, c'est bien ; mais l'utiliser est encore mieux, c'est pourquoi je voudrais attirer l'attention sur l'intérêt de l'anatomie comparée.

Et tout d'abord, il est facile de se rendre compte des immenses services qu'elle peut apporter dans l'exercice professionnel.

Dire que l'anatomie comparée intéresse les étudiants est presque une banalité.

La simple compréhension de l'anatomie humaine en est grandement facilitée.

Les seules dissections autorisées furent longtemps celles des animaux. L'évolution de l'organe de l'ouïe par exemple depuis les Vertébrés les plus simples, les Poissons, jusqu'aux Mammifères nous permet de mieux comprendre comment cet organe si compliqué chez l'homme s'est constitué peu à peu.

Simple capsule otique chez les Poissons, il s'adjoint *une oreille moyenne* chez les Batraciens Anoures et les Reptiles (sauf les serpents), puis une oreille externe chez les Oiseaux, il atteint enfin son maximum de perfection chez les Mammifères et chez l'Homme, en particulier. Des portions du premier arc (mandibulaire) et du deuxième arc (hyoïdien) s'isolent à l'intérieur de l'oreille moyenne formant les osselets. L'innervation des différents muscles qui nous avait paru si bizarre et si compliquée s'éclaire maintenant et il n'est pas douteux que l'allongement apparent de notre étude nous a finalement permis de comprendre l'anatomie d'un organe dont la complexité aurait pu nous rebuter dès l'abord.

Il serait facile de multiplier les exemples des cas où l'anatomie comparée vient ainsi au secours de notre intelligence et soulage notre mémoire.

L'*embryologie* générale et spéciale, maxillo-dentaire en particulier ne peut se passer du soutien de l'Anatomie comparée. Ces deux sciences sont inséparables.

Les laboratoires de *Physiologie* utilisent d'une façon courante les animaux les plus divers :

Invertébrés.......	Drosophyles..		Etude des chromosomes, des gênes.
	Oursins		
Vertébrés........	Batraciens ..		Grenouilles.
	Reptiles		Serpents.
	Oiseaux......		Pigeons.
	Mammifères.	*Rongeurs*	Souris, cobayes, lapins.
		Ongulés	Chevaux, bœufs, moutons.
		Carnivores ...	Chiens, chats.
		Primates	Singes, etc...

C'est grâce à de nombreuses et délicates expériences sur les animaux que la question du métabolisme du calcium qui nous intéresse au premier chef a fait quelques progrès.

Tous les praticiens ne peuvent d'une manière habituelle être d'habiles expérimentateurs. Les manœuvres chirurgicales d'une grande minutie, faites sur de petits ou de grands animaux supposent une spécialisation et un entraînement qui ne peuvent être menés de front avec la pratique journalière d'une profession qui ne laisse pas beaucoup de loisirs.

Il n'en reste pas moins qu'il est indispensable pour qui veut se tenir au courant des recherches scientifiques qu'un minimum de culture est une nécessité préalable et que dans cette culture l'Anatomie comparée vient en bonne place.

Faute de bien connaître les animaux en expérience, des erreurs peuvent être commises. Des sujets élevés depuis plusieurs générations au laboratoire se montrent dans leurs comportements souvent différents des animaux sauvages et des médications basées sur l'utilisation d'animaux dégénérés se sont montrées insuffisantes ou inopérantes alors que les prépara-

tions faites à partir des races non abâtardies ont donné des résultats bien supérieurs.

La *Pathologie humaine*, en dehors des maladies communes à l'homme et aux animaux, bénéficie dans une large mesure des secours de l'Anatomie comparée et de la Paléontologie qui n'est que l'Anatomie des animaux disparus.

Pour notre spécialité, l'explication des variations anatomiques (Prémolaires supérieures à trois racines, Prémolaires inférieures à deux racines, Mesiodens) s'éclairent si nous faisons appel aux lois de l'évolution.

La Tératologie dans bien des cas est expliquée par des rappels ancestraux, reproduisant des dispositions anciennes, encore existantes quelquefois chez des organismes moins évolués.

C'est par l'observation de l'évolution des systèmes dentaires animaux que l'on peut aujourd'hui faire des conjectures vraisemblables sur l'avenir de la denture humaine.

La *Thérapeutique* a de tous temps fait appel aux produits d'origine animale, elle les utilise plus que jamais.

Les glandes à sécrétion interne et externe, le venin des serpents, les sérums, les vaccins n'ont pu être utilisés que parce que de longues expériences ont été faites sur les animaux des laboratoires.

Le diagnostic et le traitement de nombreuses affections en ont été grandement facilités.

Ce sont des animaux qui ont permis de pousser plus avant l'étude du métabolisme du calcium, question qui nous intéresse au premier chef.

Etat relativement stable de l'Art Dentaire. — Notre profession a fait de tels progrès dans l'ordre mécanique et dans les techniques opératoires qu'il est malaisé de concevoir que de soudaines et grandes transformations soient susceptibles d'intervenir à brève échéance.

La technique des obturations, des incrustations métalliques, de la porcelaine, des prothèses fixes et mobiles peut bénéficier de quelques perfectionnements, grâce à la découverte de nouveaux matériaux. Mais il est certain que les grands principes qui régissent nos techniques sont assez fermement installés pour longtemps encore.

Ce que la physique nous a enseigné peut être modifié mais non bouleversé. Les progrès récents de la mécanique sur le plan atomique ne semblent pas, pour le moment du moins, devoir influencer la partie technique de notre art.

L'expérience de nombreuses générations a mis au point des méthodes et des procédés qui maintenant varient peu et d'une manière insensible.

Progrès futurs par les Laboratoires, c'est-a-dire par l'Anatomie comparée. — Par contre, tout ce qui concerne la chirurgie et surtout la médecine bucco-dentaires est susceptible de se transformer radicalement, nous devons l'espérer pour le plus grand bien de nos futurs patients.

Nous ne savons pas d'une façon certaine conserver vivante une pulpe dentaire exposée.

Le cathétérisme des canaux dentaires et leur stérilisation restent des opérations toujours difficiles, souvent impossibles à réaliser d'une façon parfaite.

Nous ne savons pas arrêter par des moyens médicaux la marche envahissante des caries dentaires ; à peine commençons-nous à influencer, et encore d'une façon imprécise, le métabolisme du calcium.

Les espaces périapicaux sont pour nous une véritable hantise. Si nous savons les traiter chirurgicalement par le curettage lorsqu'ils sont abor-

dables ; bien souvent nous sommes contraints d'extraire des dents infectées et cependant solidement implantées qui eussent pu fournir encore d'excellents services.

C'est au laboratoire que nous devrons étudier ces problèmes et par des recherches de physiologie, de pathologie et de téhrapeutique expérimentales nous ferons dans l'avenir des progrès qui nous permettront de réussir, n'en doutons pas, là où nos aînés ont échoué jusqu'ici. Et le laboratoire, c'est le contact permanent avec les animaux les plus divers et c'est l'étude préalable de l'anatomie comparée.

Il serait facile d'allonger l'exposé des raisons professionnelles qui militent en faveur d'une étude plus approfondie de l'anatomie comparée.

D'autres pays l'ont compris et nous ne pouvons que regretter que chez nous si peu de confrères se soient tournés de ce côté : les BENNEJEANT sont rares.

Il est temps maintenant de sortir de nos préoccupations égocentriques et de nous souvenir que nous sommes les membres d'une grande famille qui s'est vouée au service des lois de la biologie.

Des autres membres de cette famille (médecins, chirurgiens, pharmaciens, vétérinaires, naturalistes...) nous avons reçu et continuons à recevoir d'éminents services. Ne serait-il pas juste que nous essayions de leur apporter dans toute la mesure de nos moyens une aide même modeste ?

NÉCESSITÉ DU CONTACT AVEC LES BIOLOGISTES. — Si nous travaillions dans un milieu étroitement fermé, nous devrions tout découvrir par nous-mêmes ; au contraire, si nous rendons visite à nos voisins immédiats nous en recevons d'utiles enseignements. La technique de la coulée des métaux que nous avons ensuite perfectionnée à notre usage nous a été enseignée par les fondeurs.

Toutes nos pratiques chirurgicales, nous les avons apprises des chirurgiens, les modifiant ensuite suivant les besoins de notre spécialité.

Si, nous écartant encore un peu plus nous allons visiter les naturalistes, nous y gagnerons tout d'abord d'élargir notre culture et aussi de nous rendre compte que dans ce milieu où nous apprendrons beaucoup ; nous pouvous aussi rendre d'excellents services.

Nous prendrons tout d'abord cette notion que les Zoologistes, Vétérinaires, Paléontologistes connaissent les dents en général et les dents humaines en particulier, d'une façon parfaite.

Leur science dentaire se soucie moins que la nôtre, évidemment, des applications thérapeutiques mais par contre elle a développé certains chapitres qu'il nous serait très profitable de mieux connaître.

UNIFICATION DE LA NOMENCLATURE SCIENTIFIQUE. — Un premier avantage serait d'arriver à une unification de la terminologie. Travaillant séparément nous forgeons pour nos besoins chacun de notre côté des néologismes et si nous continuons dans cette voie, il nous faudra bientôt dresser des glossaires afin de nous comprendre.

Nous voyons souvent, par exemple, dans des ouvrages d'auteurs éminents les mots denture et dentition employés indifféremment, sur ce point particulier il est vraisemblable que des acceptions qui nous sont familières seraient vite adoptées ; la précision étant une des qualités qui importe le plus dans le langage scientifique.

Les classifications des animaux existant ou disparus font très souvent appel au système dentaire. Un très grand nombre d'Ordres, de Familles, de Genres comportent le radical *odont* dans leur désignation ; c'est dire toute l'importance des dents pour l'identification et le classement des animaux. Très souvent, en effet, les dents sont les seuls éléments qui nous parviennent des âges révolus.

Le Dentiste peut aider le Zoologiste. — Il est certain que les identifications et les interprétations deviendraient vite familières à des dentistes entraînés depuis toujours à reconnaître la valeur d'une petite facette d'usure pour en déduire la forme de la dent antagoniste, le sens des mouvements, l'importance des forces masticatrices.

G. Cuvier dans son « Discours sur les Révolutions de la surface du globe », écrivait :

« ...La forme de la dent entraîne la forme du condyle, celle de l'omoplate, celle des ongles, tout comme l'équation d'une courbe entraîne toutes ses propriétés ; et de même qu'en prenant chaque propriété séparément pour base d'une équation particulière on retrouverait et l'équation ordinaire et toutes les autres propriétés quelconques, de même l'ongle, l'omoplate ; le condyle, le fémur et tous les autres os pris chacun séparément donnent la dent ou se donnent réciproquement et en commençant par chacun d'eux, celui qui posséderait rationnellement les lois de l'économie organique pourrait refaire tout l'animal. »

Le génie de G. Cuvier l'a conduit à décrire des animaux qui ont été découverts tels qu'il les avait imaginés. Quelles applications pourrions-nous faire au sujet de l'organisation générale de nos patients par un examen approfondi de leur denture !

Et si, prenant goût à l'étude si passionnante de l'anatomie comparée nous voulons bien pour un temps nous élever encore un peu au-dessus des avantages immédiats que nous pourrions en tirer pour notre pratique journalière, il ne nous est pas interdit de penser que nous pourrions apporter notre effort à l'élucidation du grand problème de l'origine humaine.

Toute l'histoire de l'évolution animale tient dans le plus modeste organe. Une dent humaine ou animale sont les résultantes de milliers de siècles d'évolution. Jusqu'à présent nous devons avouer que personne n'a déchiffré cette énigme d'une façon satisfaisante.

Ne nous avouons pas vaincus et concluons avec G. Cuvier :

« Si l'on met de l'intérêt à suivre dans l'enfance de notre espèce les traces presque effacées de tant de nations éteintes, comment n'en mettrait-on pas aussi à rechercher dans les ténèbres de l'enfance de la terre les traces de révolutions antérieures à l'existence de toutes les nations. Nous admirons la force par laquelle l'esprit humain a mesuré les mouvements de globes que la nature semblait avoir soustraits pour jamais à notre vue, le génie et la science ont franchi les limites de l'espace, quelques observations développées par le raisonnement ont dévoilé le mécanisme du monde. N'y aurait-il pas aussi quelque gloire pour l'homme à savoir franchir les limites du temps et à retrouver au moyen de quelques observations l'histoire de ce monde et une succession d'évènements qui ont précédé la naissance du genre humain ? Sans doute les astronomes ont marché plus vite que les naturalistes et l'époque où se trouve aujourd'hui la théorie de la Terre ressemble un peu à celle où quelques philosophes croyaient le ciel de pierres de tailles et la lune grande comme le Péloponèse ; mais après les Anaxagores, il est venu des Copernic et des Kepler qui ont frayé la route à Newton, et pourquoi l'histoire naturelle n'aurait-elle pas aussi un jour son Newton ? »

Pourquoi, Messieurs, ne contribuerions-nous pas nous aussi à l'avènement de ce génie attendu ?

Laissons-nous donc intégrer dans cette phalange de chercheurs désintéressés qui, eux, au moins, ne travaillent pas en vue de la destruction de l'humanité. »

PRÉSENTATION DE FILMS DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Par M. le Médecin Lieutenant-Colonel VIRENQUE,
Médecin-chef du Centre Maxillo-Facial de la Région de Paris.

(*Présentation faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 16 décembre* 1945).
616.716.8 073.75

1° Réfection des pertes de substance du maxillaire inférieur par greffes ostéo-périostées ;

2° Technique des lambeaux doublures par greffes dermo-épidermiques ;

3° Technique des lambeaux naso-géniens.

Lorsque, il y a quelques semaines, le Dr Delibéros est venu me demander de vous présenter les films de chirurgie maxillo-faciale réalisés à l'Hôpital Marie-Lannelongue, grâce à la générosité de mes vieux amis, les « Gueules Cassées », j'ai accepté, je dois le dire, avec quelque difficulté, car je ne suis pas partisan des répétitions à trop brève échéance.

Mais il est des amis auxquels, grâce à leur gentillesse et à leurs arguments, on ne saurait rien refuser. Et puis, je me suis dit qu'étant allé à Garancière, je pouvais bien monter à La Tour-d'Auvergne, puisque j'y étais si aimablement convié .

Je me suis rappelé aussi que de vieux souvenirs me rattachaient à cette maison ; ils remontent à l'autre guerre, à l'époque où le Dr Frey soignait de nombreux et graves blessés de la face, que j'opérais à l'Hôpital de Saint-Ouen, qui était une dépendance de l'Ecole Dentaire de Paris.

Enfin, je suis très heureux de rencontrer ici les maîtres illustres, qui sont mes amis et qui honorent cette Maison.

Je vous présenterai trois films : deux que certains d'entre vous connaissent ; le troisième, encore inédit, qui ont trait :

L'un, aux greffes osseuses dans le traitement des pertes de substance du maxillaire inférieur ;

L'autre, au lambeau doublure ;

Le troisième, au lambeau naso-génien.

1° Traitement des pertes de substance osseuse du maxillaire inférieur par les greffes ostéo-périostées. — Le principe est le suivant :

Pour combler une perte de substance osseuse du maxillaire inférieur, nous prélevons loin de la perte de substance, c'est-à-dire sur un autre os, des greffons qui rétablissent la continuité osseuse.

La prise est presque toujours faite au niveau du tibia ; l'os iliaque est préféré par les chirurgiens anglo-américains.

J'ai l'habitude de rappeler également que ce procédé de greffes osseuses a révolutionné complètement le traitement des pertes de substance, du maxillaire inférieur en particulier ; et nous nous souvenons, nous les anciens, de la difficulté, de l'impression pénible que l'on avait dans les centres maxillo-faciaux au début de l'autre guerre, devant l'impossibilité de traitement de ces grands mutilés.

Je vous rappelle pour mémoire qu'on avait essayé, comme dans toutes les fractures, des consolidations par ostéo-synthèse, c'est-à-dire par rapprochement par fils métalliques, par plaques et même par greffes cartilagineuses.

Vous vous rappelez également — et M. VILLAIN doit s'en souvenir, — que MORESTIN faisait des greffes cartilagineuses au Val-de-Grâce pendant l'autre guerre pour consolider les pertes de substance du maxillaire inférieur.

On obtenait une double amphy-arthrose très serrée, mais pas de solidité osseuse, pas de continuité vraie nécessaire étant donné les efforts à supporter.

A cette période, les chirurgiens-dentistes ont essayé des appareils extrêmement ingénieux, et je me plais toujours à rappeler le nom de VILLAIN en cette occurrence et ses appareils à bielles qui, malheureusement, ne pouvaient donner le résultat recherché.

Nous en arrivons à ces fameuses greffes ostéo-périostées dont la première au niveau du maxillaire inférieur a été pratiquée par nous, au Mans, dans le service de notre maître DELAGENIÈRE, en 1916. On a voulu faire une différence entre les greffes osseuses et les greffes ostéo-périostées. En réalité, il s'agit d'une profondeur de prise plus ou moins grande du tissu osseux, mais le principe est le même.

Pour faire ces greffes, un certain nombre de précautions sont indispensables à prendre, ou plutôt de préparations avant l'acte opératoire, et c'est là que la fameuse symbiose chirurgico-prothétique prend toute sa valeur. Il faut immobiliser les deux ou trois fragments osseux.

On place des appareils prothétiques intra-buccaux ou extra-buccaux qui vont permettre d'immobiliser les deux fragments.

Comme dans toute fracture, qu'il y ait greffe ou non, les fragments seront immobilisés ; on peut dire que toujours nous immobilisons par des appareils prothétiques faits sur les arcades dentaires ou sur les moignons osseux.

Je n'ai pas encore employé le procédé de broches très en vogue en Amérique pour les cas de greffe osseuse ; je l'emploie quelquefois pour ramener des fragments déviés, mais jamais je n'ai eu besoin d'immobiliser des fragments osseux par cette méthode.

Donc, première précaution : immobilisation ; deuxième : préparation chirurgicale. Il faut avoir un lit profond, c'est-à-dire des tissus cutanés, musculaires et cellulaires qui recouvrent complètement la greffe. C'est là une condition indispensable et je crois que beaucoup d'échecs sont dus à ce que ces précautions n'ont pas été prises.

Je n'insiste pas davantage et nous arrivons à l'acte opératoire même. Là, il y a un temps également préparatoire : il faut préparer la plaie à recevoir la greffe.

Deux points sont importants : 1° La préparation du lit de la greffe, c'est-à-dire des lambeaux cutanés et des lambeaux cellulo-musculaires qui recouvriront les greffes mises en place et les immobiliseront.

C'est par la confection de ce lit que vous arriverez à immobiliser ces greffes sans corps étranger (plaque ou fil métallique) ;

2° La mise à nu et l'avivement des extrémités osseuses.

Ceci étant fait, votre plaie étant bien préparée, tout le tissu fibreux qui est entre les deux fragments osseux étant relevé, vous allez prendre votre greffe soit sur le tibia ou sur l'os iliaque ; pas de grosse différence dans ces greffons.

On a voulu décrire des difficultés de prises de greffe au niveau du tibia. Je n'en connais pas et j'en ai prélevé des centaines de ces greffes ; on a prétendu qu'il pourrait en résulter des fractures tibiales, je crois que c'est un argument qui n'est pas sérieux.

Votre ou vos greffes étant prises, vous les placez au contact des extrémités osseuses, comme vous le verrez dans un instant, en contact intime, et par-dessus vous fermez les plans musculaire, cellulaire et cutané. Il faut

faire vos sutures de telle façon que vos greffes, immobilisées contre l'os, ne bougent pas.

L'intervention est terminée ; vous n'avez plus qu'à attendre la prise de la greffe qui se fait toujours parfaitement, sauf évidemment si vous avez commis une faute opératoire ou une faute de préparation.

Faute opératoire : si vous communiquez avec la bouche : alors, il faut refermer et remettre l'opération à un autre temps ; ou si vous avez laissé une racine dentaire trop voisine du foyer, où plongeant dans le foyer, qui sera cause d'infection ; ou si vous avez une mauvaise immobilisation, si vos gouttières ne tiennent pas ou se descellent.

Vous verrez, dans la projection du film, une méthode sur les trois que j'emploie suivant l'étendue de la perte de substance. Il s'agit toujours, adaptation des greffes à la perte de substance, d'un véritable modelage.

En résumé, je dirai que si la perte est peu étendue,c'est-à-dire présente deux à trois centimètres, vous placez des greffons qui ont de chaque côté un contact osseux.

Si vous avez une perte de substance de huit à dix centimètres, vous employez la méthode que vous verrez en film, du contact unique. Vous prenez deux séries de greffons ; chaque greffe a une de ses extrémités au contact de l'os voisin, l'autre extrémité est inter-greffe. Donc, pour huit à dix centimètres, méthode du contact unique.

Enfin, pour des étendues de dix à douze centimètres, la méthode de greffe sur greffe est préférable. Dans un premier temps vous mettez au contact des extrémités osseuses des greffons qui vous font gagner deux ou trois centimètres. Dans le deuxième temps, vous comblez ce qui reste de perte de substance.

Vous verrez en projection la méthode du contact osseux unique pour une réfection de la région angulaire.

Je dois vous signaler quels sont les résultats. Je me répète encore en disant qu'ils sont parfaits et que si, par hasard, une greffe n'avait pas prise — ce qui pourra vous arriver peut-être dans deux cas sur cent — en admettant que vous n'ayiez pas commis de faute opératoire, vous la recommencerez et, finalement, la consolidation sera obtenue.

Vous pouvez donc dire que si vous êtes dans des conditions normales, vous aurez certainement une consolidation du maxillaire.

Si vous avez à soigner certaines tumeurs du maxillaire, si vous vous trouvez en présence de cas où vous hésitez à faire ou à conseiller une résection osseuse, n'hésitez pas ; il est certain que lorsque la guérison du cas pathologique sera obtenue, vous pourrez rétablir la continuité du maxillaire.

La série de radiographies que je vous présenterai vous montrera les différentes phases de la progression de la consolidation. Les clichés pris peu de temps après l'opération font voir encore nettement le pourtour des greffes, puis ensuite celles-ci s'unissent, et enfin vous ne reconnaissez même plus leur pourtour.

Vous avez donc trois phases : la persistance, la consolidation et l'harmonie.

Je vais d'abord projeter quelques clichés vous montrant des cas en traitement puis finis, qui vous permettront de juger du résultat de la méthode.

*
* *

Projections :

1) Technique de la prise sur le tibia ;

2) Radio d'une perte de substance peu étendue : méthode du double contact osseux. Résultats de la greffe 4 à 5 mois après.

3) Schéma de la méthode du contact osseux unique : fin de la mise en place. Greffes horizontales mises au contact des verticales.

4) Illustration de la méthode de greffe sur greffe pour une destruction allant du tiers supérieur de la branche montante à la région canine du maxillaire, côté gauche.

5) Radio de perte de substance traitée par greffe sur greffe ; destruction osseuse considérable allant de la canine jusqu'à la partie haute de la branche montante. Même cas après le premier temps de greffe.

6) Résultat. Phase d'harmonie ; il est impossible de voir le pourtour des greffes. Ceci est l'illustration de la méthode des greffes sur greffes.

7) Cas de mutilation mentonnière et latéro-mentonnière gauche. Destruction des plans.

8) Appareillage par gouttière du haut ; la gouttière du bas est cachée par le lambeau. — Tige carrée maintenant les deux gouttières. Pièce en vulcanite.

9) Plasties terminées. Réfection des différents plans.

10) Radiographie de ce cas. Destruction allant depuis la symphyse jusqu'à la branche montante partie supérieure.

11) Radiographie à la suite du premier temps de greffe.

12) Radio montrant la continuité osseuse.

13) Voici le cas terminé. Cet ancien blessé de 1940, greffé et appareillé est actuellement volontaire en Allemagne. Il a pu ainsi continuer à servir son pays.

Voici donc un cas complètement restauré par la méthode des greffes sur greffes.

Je vais terminer la série des projections en vous montrant un cas totalement différent. Il s'agit de greffes appliquées au niveau du maxillaire supérieur.

Ces greffes ont des indications plus rares parce que les pertes de substance du maxillaire supérieur sont également moins fréquentes ; généralement elles se consolident mais, parfois, dans les fractures de Guérin, on observe une mobilité persistante de toute l'arcade supérieure.

Il peut aussi — comme dans le cas que je vous soumets — rester un petit fragment qui est d'une grosse utilité. Il faut tâcher de le garder d'abord, ensuite de l'immobiliser pour pouvoir fixer sur lui un appareil prothétique.

14) Il s'agissait d'une grosse destruction d'une région jugale à l'autre. Voici ici l'entrée du projectile. Vous voyez l'œdème énorme de la face que présentent toujours ces blessés au début.

15) Même cas vu de face avec l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie. Le projectile avait détruit complètement tout l'étage moyen de la face, toute la tubérosité, la voûte palatine, sauf la région incisive. C'est une variété très grave que j'appelle à type postérieur.

16) Vous allez voir le moulage de ce qui restait ; il ne restait en somme que l'os incisif.

Cette partie osseuse était extrêmement mobile ; heureusement les adhérences muqueuses persistaient ; sa vitalité a donc été assurée. Je l'ai immobilisée par appareil à trois étages et une gouttière. L'ensemble a été maintenu par un appui crânien qui, quand il est bien fait, donne des résultats excellents.

17) Ensuite, comme on n'observait pas de consolidation, par deux incisions que vous voyez ici, je suis arrivé sur la partie haute du foyer de fracture et j'ai pu déposer des greffes ostéo-périostées sur ces deux régions, droite et gauche.

18-19) Voici ce cas terminé du côté gauche, avec un aspect absolument normal. Vous le voyez pour terminer, de l'autre côté et il a cet aspect parce que profondément sa région incisive a consolidé et qu'il a un appareillage plus ou moins complexe qui a empêché tout effondrement.

Ce blessé a été traité en 1918. Je l'ai revu il y a deux ans, car il est venu me trouver pour qu'on lui refasse son appareil ; son état était excellent.

Vous allez enfin, maintenant, voir le film qui va vous représenter la méthode des greffes à contact osseux unique. Il s'agit d'une reconstruction de la région angulaire gauche.

2° Méthode des lambeaux doublures par greffes dermo-épidermiques. — Le deuxième film a trait aux lambeaux doublures. Je vous donnerai quelques explications car c'est un procédé peu connu qui intéresse les chirurgiens de la reconstruction faciale.

Le lambeau doublure a pour but de recouvrir par un mur épithélial les cavités faciales mises à nu dans une mutilation.

Si vous avez destruction totale d'un menton, d'une joue, d'un nez, votre cavité buccale ou nasale reprendront directement à l'extérieur.

Il est indispensable de refaire les téguments de la face, la partie superficielle, la peau du nez, du menton. Ce lambeau-là s'appelle le lambeau couverture ; son nom dit bien ce qu'il représente, il recouvre la région.

Ce n'est pas tout ; il faut mettre à sa face profonde un autre lambeau qui le double, d'où son nom : lambeau doublure.

C'est de ce lambeau doublure dont je vais vous parler.

Ces lambeaux doublures ont une partie essentielle qui est justement le mur épithélial qui recouvre la cavité.

Le lambeau doublure a un triple avantage :

1° Il protège le lambeau superficiel, lui permet de vivre normalement, d'avoir une bonne vascularisation ;

2° Il empêche sa rétraction ;

3° Enfin, il empêche les infections des cavités.

Pour faire ce lambeau doublure qui est si utile, il existe différents procédés très compliqués :

a) L'un consiste à prendre les bords de la plaie, à les basculer et les enfouir profondément. C'est un procédé très mauvais parce qu'il est insuffisant et risque de placer des poils dans les cavités ;

b) La méthode indienne par pédicules, bonne pour les lambeaux latéro-nasaux, mauvaise pour l'ensemble de la face ;

c) Enfin, la méthode des lambeaux tubulés ou migrateurs.

Voilà les procédés anciennement décrits.

Je propose de mettre à la face profonde du lambeau superficiel, c'est-à-dire du lambeau que je vous ai appelé couverture, une lame dermo-épidermique qui représentera la partie essentielle de ce lambeau doublure, le fameux mur épithélial dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Cette lame empêchera la rétraction du lambeau superficiel, favorisera sa vascularisation et évitera les adhérences profondes au niveau des cavités.

Méthode : On prépare un lambeau superficiel, on le bascule pour qu'il présente sa surface cruentée qui deviendra externe. Vous appliquez sur elle un greffon épidermique ; vous rebasculez votre lambeau, vous le remettez en place et vous attendez un mois et demi. A ce moment, vous descendez sur la région que vous voulez reconstruire, en même temps le lambeau superficiel et le lambeau profond qui est le lambeau doublure. En une seule fois vous refaites les différents plans de votre région.

Il y a donc deux phases :

La première, une phase d'inclusion du lambeau doublure à la face profonde du lambeau superficiel ;

Une deuxième phase quand vous le descendez ; là, il est extériorisé ; il répond à la cavité qu'il est chargé de préserver.

Lorsque vous examinez la cavité buccale un mois après la mise en place de ces lambeaux doublures, vous retrouvez presque l'aspect d'une muqueuse absolument normale.

Vous allez voir, schématisé par quelques projections, le procédé.

1) Voici un lambeau cranien qui va être « doublé » de dermo-épiderme. Remarquez les deux incisions limitant le lambeau.

2) Le lambeau est retourné. A la face cruentée, trois greffes dermo-épidermiques sont placées.

3) Voici un lambeau de rhino-plastie en préparation.

4) Les greffons dermo-épidermiques recouvrent sa surface cruentée.

5) Cas d'une rhino-plastie faite avec ce procédé.

Nous projettons maintenant le film d'un cas qui est en traitement, grosse mutilation de l'étage moyen, de l'étage inférieur et de la commissure labiale droite.

Réfection de la région labiale supérieure entièrement détruite par un lambeau cranien bi-pédiculé doublé de dermo-épidermique.

Ce blessé est en cours de traitement. Je l'ai déjà opéré deux fois depuis ces prises de vues ; j'espère l'année prochaine vous le montrer presque fini.

3° Lambeaux naso-géniens. — Pour terminer, je vais vous montrer rapidement le dernier film qui a trait au lambeau naso-génien.

Il consiste à prélever en plein milieu de la face un lambeau pour refaire la lèvre inférieure.

Ce lambeau naso-génien a une base rétro-commissurale. En profondeur, le lambeau va jusqu'à l'os en haut, ensuite comprend les muscles peaussiers, le releveur de la lèvre supérieure ; puis on arrive au niveau du pédicule. On bascule ce lambeau pour le mettre horizontal et refaire tous les plans de la lèvre inférieure détruite.

Ces prélèvements présentent l'immense avantage de bénéficier de la méthode des lambeaux doublures que je viens de vous expliquer. A leur face profonde vous pouvez mettre du dermo-épidermique.

Le procédé que vous allez voir possède un triple avantage :

1° Il permet de placer des tissus amples, abondants et bien vivants ;

2° Il ne laisse aucune trace sur la face. Tous ceux qui ont pu voir des blessés opérés par ce procédé ont été frappés par le peu de cicatrices visibles ;

3° Il donne un résultat esthétique parfait.

Grâce à ce procédé, vous referez un orifice buccal à peu près normal.

Le cas que je vous montre n'est pas terminé ; mais je vous le présente pour que vous vous rendiez compte du procédé et vous verrez qu'il laisse peu de cicatrices même peu de temps après sa mise en place.

Le Dr Virenque présente alors un nouveau film : *Technique du lambeau naso-génien.*

UNE EXPÉRIENCE D'ÉDUCATION ET DE DÉPISTAGE DANS LA RÉGION PARISIENNE

Par M. FREY *(de Savigny-sur-Orge)*

(Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., octobre 1945)

616 314 083 : 37

Je voudrais tout d'abord définir le rôle social de l'Hygiène Bucco-Dentaire dans ses deux phases : « Education et Dépistage systématique des lésions ». Ceci va tout d'abord m'obliger à quelques considérations d'ordre général, ce dont je m'excuse.

Jusqu'au siècle dernier, pour définir une nation on ne considérait que l'étendue de son territoire, les richesses de son sol, de son sous-sol, son industrie, ses différents modes de transport, etc..., puis on chiffrait en bloc le chiffre de la population.

Par la suite on a été amené à considérer également la valeur de l'individu et à la définir.

Le rendement total des hommes d'un même pays contribue à la prospérité générale et constitue le potentiel économique de cette nation.

Dans le rendement particulier d'un individu, dans l'œuvre d'un homme, le capital santé joue un rôle essentiel ; ceci est un fait de remarque courante qui n'est contesté par personne.

La santé d'un pays constitue donc le potentiel biologique de cette nation.

Le potentiel économique d'une nation est intéressé directement par le potentiel biologique de cette collectivité, la Santé étant essentielle à tout travail.

Or, c'est au corps médical d'un pays qu'échoit la responsabilité de l'économie des valeurs humaines.

Travailler à améliorer l'état sanitaire d'un peuple c'est donc (indépendamment de toute question humanitaire et médicale), contribuer directement à l'amélioration de la puissance économique de ce peuple.

L'hygiène Bucco-Dentaire est un facteur essentiel de l'hygiène générale.

Je n'entamerai pas de discussions à ce sujet, encore qu'il me semble que cette vérité ne se fait pas assez jour dans tous les milieux, car bien plus de la moitié des enfants fréquentant les écoles déglutissent du pus, sans que personne s'en émeuve le moins du monde et, je crois bien qu'en général, on s'obstine à ne pas considérer la fonction masticatoire comme une des phases importantes de la digestion. Le C.N. et les Chirurgiens-Dentistes ne peuvent pourtant pas inscrire sur leur papier à en-tête, la liste des maladies ayant leur porte d'entrée par la cavité buccale et pourtant, nous pourrions mettre la tuberculose en tête de liste.

Le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, organisme spécialisé, groupant en son sein des praticiens de toutes tendances professionnelles « Stomatologistes, Chirurgiens-Dentistes, Docteurs en Médecine », tous Hygiénistes, mène depuis quelques années une propagande active en faveur de l'Hygiène Bucco-Dentaire.

La doctrine du C. N. peut se résumer ainsi : « Education et Dépistage ». A la base, il y a l'inspection dentaire scolaire systématique, véritable bilan de l'état bucco-dentaire des enfants de France.

Cette inspection systématique est la phase de combat de l'hygiène bucco-dentaire, c'est elle qui prépare l'action, c'est-à-dire les soins.

Mais là, attention ! le but de cette inspection est de conduire la majorité des enfants vers le cabinet du Praticien, c'est pourquoi cette inspection

doit toujours être suivie d'une conférence éducative effectuée soit par le praticien, soit par l'éducateur.

Car le seul vrai moyen dans le temps d'améliorer l'état sanitaire d'un pays, c'est l'éducation, l'idéal étant que chaque individu reçoive une éducation telle que sa personnalité puisse librement et harmonieusement s'épanouir (l'éducation sanitaire devant prendre une place beaucoup plus importante qu'elle n'en a dans l'éducation générale).

Chaque individu doit pouvoir être apte à gérer lui-même son capital Santé et se diriger vers les cabinets médicaux ou dentaires en pleine connaissance de cause.

C'est cela la civilisation.

Si certaines critiques ont pu être faites à l'encontre de cette inspection dentaire systématique qui, disent ces critiques, ne servait à rien si elle n'était pas suivie de l'obligation des soins, cela venait tout simplement du fait que ces critiques n'ont été faites que par des personnalités n'ayant pas situé la question sur son véritable plan et n'ayant pas considéré les résultats en fonction de l'action éducatrice.

Cela reviendrait à dire qu'il est inutile d'apprendre la musique, si obligatoirement, on ne vous achète pas de piano.

Il ne faut pas conduire les enfants aux soins dentaires comme on conduit les moutons à la tonte.

L'action éducatrice est bien plus importante, car elle seule permet de durer.

Voici un exemple de cette double action : « Éducation et Dépistage » pris dans une grande agglomération de banlieue comprenant divers milieux sociaux avec des statistiques, tenues à jour depuis quelques années et montrant de façon évidente à quel résultat l'on arrive par cette action.

Depuis quelques années fonctionne dans cette ville, dans le cadre de l'inspection médicale des écoles, une inspection dentaire scolaire, cette inspection est systématique ; chaque enfant est visité et a sa fiche personnelle qui le suit dans toute sa scolarité.

Tous les dentistes de cette ville participent à l'exécution de cette visite, ceci est très important car, en effet, la profession tout entière ne pouvant pas ne pas bénéficier de cette immense prospection, il est normal qu'à chacun de nous échoie sa part de la charge sociale.

Bien que cette inspection ait lieu sous la haute autorité du Comité d'Hygiène Bucco-Dentaire et de son Comité Départemental, cette fiche est différente de la fiche adoptée par le Comité National, car l'inspection dentaire dans cette ville est antérieure à l'élaboration de la fiche officielle.

Les statistiques dont nous parlons ont donc comme base des coefficients peu usités.

Cette visite a lieu dans les locaux scolaires.

A l'issue de celle-ci, un bulletin est envoyé à chaque famille pour la prévenir de l'état buccal de leur enfant.

Voici quelques chiffres :

Années 1942-1943

Une visite annuelle. — Nombre d'enfants examinés : 2.110, sur lesquels 1.519 étaient à soigner et 100 présentaient des dysmorphies maxillaires ou des malpositions dentaires importantes, justiciables d'un traitement orthodontique.

Voici le détail de ces lésions par groupes d'âges correspondant à des périodes d'éruption.

Première phase de la dentition (dents de lait) :

0 à 6 ans : sur les 176 enfants vus, 94 sont à soigner : 53 %.

Deuxième et troisième phases (dents de lait, dents permanentes) :

De 6 à 9 ans : 441.
De 9 à 12 ans : 1.032.
Sur 1.473 enfants vus, 1.059 sont à soigner : 72 %.

Quatrième phase (dents permanentes au-dessus de 12 ans) :

Sur 461 enfants vus, 366 sont à soigner : près de 78 %.

A la suite de notre action, les années suivantes marquent une nette amélioration sur ces chiffres.

Voici un exemple typique de cette amélioration.

Classe d'enseignement technique. Enfants de 14 à 17 ans :

Première visite (30-9-42) :

Nombre d'enfants vus	60	91 %
Porteurs de lésions	55	

se répartissant ainsi (le coefficient idéal étant 0) :

Indemnes	5
Coefficients de 0 à 5	25
— de 5 à 10	23
Au-dessus de 10	7

Deuxième visite (19-5-43) :

Nombre d'enfants vus	48	près de 73 %
Indemnes	13	
De 0 à 5	11	
De 5 à 10	17	
Au-dessus de 10	7	

La dernière visite a eu lieu le 1er-12-44, accuse le chiffre suivant :

Nombre d'enfants vus	78	50 %
Indemnes	39	
De 0 à 5	27	
De 5 à 10	6	
Au-dessus de 10	6	

L'amélioration est nette et l'examen des coefficients prouve que pour les enfants restant à soigner, le nombre des porteurs de peu de lésions augmente par rapport à ceux ayant des bouches en très mauvais état.

Ces chiffres qui paraissent encourageants ne sont valables que pour les grandes classes, dans les petites les résultats sont peu marqués.

Les causes en sont d'après nous :

1° L'action éducatrice du praticien porte plus, l'enfant étant en âge de comprendre.

2° C'est là, nous croyons, une cause principale pour les plus petits, ce sont souvent les dents de lait, ou présumées telles par les parents, qui sont lésées et ceux-ci ne jugent pas utile de faire des dépenses pour des dents qui vont tomber ; surtout si la famille n'est pas riche. D'autant plus, ayons le courage de le reconnaître, que la majorité des praticiens n'encourageaient guère les parents à faire soigner les dents de lait de leurs enfants et voilà pourquoi, par la suite, il y a tant de dents permanentes, notamment la dent de 6 ans, à extraire, à soigner, à couronner, etc..., préparant pour l'âge adulte des bouches à appareiller, indépendamment du très grave danger que présentent chez les enfants des érosions au niveau de la muqueuse buccale, pouvant servir de porte d'entrée à bien des maladies (la tuberculose par exemple).

Comment rendre plus effective notre action sur cette partie de la population infantile ?

Par l'obligation ? d'accord. Par des moyens de coercition appropriés ? encore d'accord. Cette façon d'imposer les effets est une solution ; mais elle a négligé l'action sur la véritable cause.

Il ne faut pas oublier que rien ne peut être effectué dans ce domaine sans le concours total de la profession.

Le meilleur propagandiste est, en effet, le praticien lui-même et, en dernier ressort, c'est malgré tout lui, l'agent d'exécution.

Or, bien souvent, on n'arrachait la dent du petit garçon que pour faire plaisir à la maman qui était une bonne cliente.

C'était de la propagande à rebours, le praticien freinant les soins aux enfants. Et, ma foi, il avait quelque excuse, car en général les soins aux enfants tels qu'ils sont compris ne paient pas.

Cette façon de comprendre la profession doit cesser à tout jamais. Là encore, éducation — éducation des éducateurs, propagande plus active auprès du corps enseignant très souvent en rapport avec les familles — propagande des assistantes sociales.

Education et enseignement dans les Ecoles Dentaires et dans les Facultés, où une plus large place doit être faite à la prophylaxie et à la dentisterie infantile.

Mais tout ceci ne peut aller de pair qu'avec une réforme, il faut que soient survalorisés et dans une très large mesure les soins dentaires aux enfants, afin que ces soins puissent supporter la concurrence de la restauration prothétique tardive. Le praticien n'est pas forcément un apôtre et il veut vivre de son état.

Les Assurances Sociales feraient un véritable placement prophylactique à long terme en survalorisant très largement les soins dentaires aux enfants.

En bref :

1° Action des organisations professionnelles auprès des Assurances Sociales ;

2° Grosse propagande et enseignement dans la profession ;

3° Systématisation à toute la France de la visite scolaire dentaire, effectuée par *l'ensemble* des praticiens.

De façon que l'Etat prenant conscience de l'importance de ce problème et imposant à ce moment seulement l'obligation par les moyens de coercition appropriés :

— trouve tous les praticiens prêts —

pour le plus grand bien de la France et pour le plus grand honneur de notre profession.

REVUE ANALYTIQUE

John R. Thompson et Allan G. Brodie ; J. A. D. A. XXIX 925. — **Facteurs intervenant dans la position de la mâchoire inférieure.** — *British Dental Journal*, février 1946.

Les conclusions de l'auteur peuvent être résumées comme suit :

1) La forme de la tête de l'individu est déterminée avant le troisième mois de la vie extra-utérine, probablement beaucoup plus tôt et ne change plus par la suite.

2) Bien que profondément individualisée pour chacun d'eux, la croissance des divers os formant la tête s'accomplit d'une façon si homogène que les différents points anatomiques se déplacent en ligne droite ;

3) Les proportions des trois zones de la face (c'est-à-dire les régions du nez, superalvéolaire et des dents) et de la mâchoire inférieure ont une forte tendance à demeurer constantes ;

4) Les angles formés par les différents plans de la face avec ceux du crâne sont les plus stables de toutes les relations ;

5) La mâchoire inférieure assume ses relations pré-organisées avec le reste de la face et de la tête bien avant qu'aucune dent n'ait percé et sa position est constante et caractéristique pour chaque individu. L'extraction des dents a donné des résultats extrêmement différents suivant les personnes.

Chez certaines, aucun grand changement ne suivit la perte des dents, chez d'autres, la figure, du nez au menton, semblait s'effondrer pour donner l'aspect en casse-noisette que l'on tient pour caractéristique du stade sénile.

En cherchant la raison de cette différence on trouva qu'en réalité la mâchoire inférieure n'occupait pas une position différente chez les patients dont la mâchoire semblait s'affaisser, mais que ces sujets présentaient une résorption alvéolaire plus rapide. C. J.

Dr F. Gordon Cawston. — **L'alternance dans la soudure des dents chez les serpents sud-africains.** — *Dental Record*, janvier 1946.

I. — La soudure des dents a été observée sur de nombreux serpents, venimeux ou non, et on a étudié les stades d'attachement à la mâchoire des dents solides.

II. — La soudure alternée semble plus fréquente dans les rangées distales que dans les rangées supérieures et plus particulièrement palatines.

III. — L'examen des dents appelées atrophiées révèle qu'elles sont généralement faibles, que l'arrangement sérié est limité à l'avant de la mâchoire et qu'elles ne correspondent pas aux dents fonctionnelles. C. J.

Sweet (C.-A.). — **Fractures des dents permanentes antérieures.** (*Journal Amer. Dent. Assoc.*, XXLX, 1944).

L'auteur répartit ces fractures en cinq classes :

1° Fracture légère sans mise à nu de la dentine ;
2° Fracture avec légère mise à nu de la dentine ;
3° Fracture avec dentine découverte mais sans atteinte de la pulpe ;
4° Fracture avec pulpe découverte et apex non fermé ;
5° Fracture avec pulpe découverte et apex fermé.

Il faudra toujours faire des radiographies afin de pouvoir s'y référer et ne pas oublier que du seul fait du traumatisme, la mortification pulpaire peut se produire. Dans les trois premiers groupes, si un meulage est nécessaire, voici le *modus faciendi* à employer : On applique sur la surface de fracture du phénol à 95 % pendant quelques minutes, puis meulage et polissage.

Si l'esthétique le réclame, on pourra, après quelques mois, recommencer la même opération. Lorsqu'une restauration est nécessaire, on remplace la perte de substance par un inlay dont la rétention sera assurée par une queue d'aronde taillée sur la face palatine ; cette queue d'aronde sera plutôt large que profonde. Sur la face antérieure on ménagera dans la cire une cavité qui recevra un ciment au silicate. La restauration définitive par inlay porcelaine ou couronne Jacket ne se fera qu'après l'âge de 16 ans.

Lorsque la pulpe est découverte et l'apex non fermé ; on tentera le coiffage afin de permettre à la racine de terminer son développement. Mais le risque de mortification pulpaire est très grand et il faudra soumettre le patient à une grande et fréquente surveillance.

Si la pulpe est découverte et l'apex fermé ; pratiquer immédiatement sous anesthésie locale, la pulpectomie. L'obturation du canal se fera sous contrôle radiographique, sur toute sa longueur. La restauration définitive ne se fera qu'après six mois. Si la restauration se fait au moyen d'un inlay d'or, la rétention se fera en utilisant la chambre pulpaire. P.V.

REVUE DES LIVRES

MATHURIN (P.). — **Les canines permanentes supérieures incluses.** (Thèse de Lyon, 1944).

Le premier chapitre est consacré à l'anatomie, puis l'auteur étudie l'étiologie de l'inclusion de la canine permanente supérieure : Troubles du follicule dentaire (syphilis, rachitisme, dysendocrinies) ou dystrophies osseuses (atrésie maxillaire). Dans le troisième chapitre sont décrits les accidents mécaniques causés par l'inclusion : perforations muqueuses (palatine, vestibulaire, sinusienne, nasale), retentissement sur les dents voisines, troubles de l'articulé dentaire.

Dans le quatrième chapitre sont traités les accidents infectieux consécutifs à l'inclusion (péri-coronarite, ostéite, ostéomyélite, sinusite, adénite, phlegmon). Sont également étudiés les accidents tumoraux et le kyste dentifère ; puis les accidents nerveux (sensitifs, moteurs, réflexes) ; enfin les accidents oculaires par contiguité, septicémie, réflexe, avec discussions de ces diverses pathogénies. L'auteur insiste sur l'importance de la radiographie. Enfin, il consacre un long chapitre au traitement (préventif, orthodontique, chirurgical) ; une notice bibliographique termine l'ouvrage. P. V.

BERNARD (M.). — **Traitement chirurgical des lésions des commissures labiales chez les blessés de guerre.** (Thèse de Lyon, 1944).

Dans un premier chapitre, l'auteur rappelle l'anatomie et la physiologie de la région des lèvres. Vient ensuite l'étude des lésions traumatiques des lèvres qu'il classe en deux genres : plaies sans pertes de substance, plaies avec pertes de substance cutanéo-muqueuses qui peuvent elles-mêmes être non compliquées, mais sont le plus souvent compliquées de lésions dentaires et osseuses. L'évolution de la blessure vers la guérison, forme en se constituant des cicatrices vicieuses, nodulaires, déformantes, avec macrostomie ou atrésie, ou encore déplacement dans le sens vertical des commissures labiales. De ces trois genres d'évolution vers la guérison découlent trois interventions thérapeutiques et chirurgicales différentes : rétrécir une bouche trop grande, élargir une bouche atrésiée, redresser une bouche déviée et difforme. Chaque cas particulier demande un traitement précoce, un traitement dans la période d'état, un traitement tardif.

L'auteur décrit minutieusement ces divers temps du traitement ; cette description est accompagnée de schémas et de photographies. Plusieurs observations accompagnent ce travail et une bibliographie termine cette consciencieuse étude. P. V.

DUPOUX (P.). — **Les granulomes et kystes marginaux de la troisième molaire inférieure.** (Thèse de Lyon, 1943. Editée chez Bosc et Tion, Lyon).

Ce travail inaugural est une très bonne mise au point de nos connaissances actuelles sur les productions tumorales hyperplasiques, granulomateuses ou kystiques, développées autour du collet de la dent de sagesse inférieure. La symptomatologie clinique de cette affection n'est pas très nette et se confond souvent avec celle de la péricoronarite. Ce sont les signes donnés par la radiographie qui sont caractéristiques. Les chapitres consacrés à l'anatomie-pathologique et à la pathogénie rappellent les études sur cette question de Bercher, Codvelle, Tellier et Beyssac ; ils exposent clairement la nature, l'origine et les conditions de développement de ces tumeurs. Le traitement consiste à extirper complètement la tumeur, le plus souvent avec extraction de la dent.

Dans un dernier chapitre l'auteur étudie les granulomes et kystes marginaux, les granulomes et kystes apicaux et signale combien ces diverses affections ont de lien entre elles. P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 avril 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DELIBÉROS, qui donne la parole à M. le Prof. HALPHEN pour sa communication en collaboration avec M. le Dr BOURGUET : *Quelques questions communes à l'Odonto-Stomatologie et à l'Oto-Rhino-Laryngologie.*

L'auteur envisage successivement les névralgies du trijumeau, les abcès à distance d'origine dentaire et les tumeurs.

Les observations cliniques prouvent bien que les névralgies essentielles du trijumeau se démembrent de plus en plus lorsqu'on en trouve la cause... Elles confirment la nécessité d'un contact étroit entre l'Oto-Rhyno-Laryngologiste et l'Odonto-Stomatologiste (les guérisons des différents cas présentés étant obtenues par un traitement purement dentaire, ou par des alcoolisations, et dans certains cas par le traitement chirurgical).

L'auteur indique d'autre part que la gasserectomie est une intervention qui est devenue moins difficile. Il nous parle ensuite des abcès à distance d'origine dentaire. Une observation fort intéressante parmi tant d'autres, nous montre un cas d'abcès de la région temporo-zygomatique, envisagé et traité comme tétanos, puis comme gomme, et qui finalement fut soigné avec succès par un praticien de l'art dentaire. Ce fait confirme une fois de plus la coopération qui doit exister entre les deux spécialités.

Le conférencier en arrive aux tumeurs, dont il constate une nette augmentation qu'il attribue aux restrictions passées et présentes. Il indique que lorsque la curiethérapie n'a pas réussi, le traitement chirurgical est des plus compromis et que, plus le sujet est jeune, plus la guérison est incertaine, l'évolution étant plus rapide.

Prennent part à la discussion les Drs LAURIAN, ROY et DELIBÉROS.

La parole est ensuite donnée à MM. RODE, Docteur ès sciences, Assistant au Museum National d'Histoire Naturelle et Dr L. SOLAS, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour la *Présentation d'un cas d'anomalie dentaire (dents surnuméraires) chez un gorille.*

Les conférenciers nous rappellent que toute augmentation numérique des dents est une trace de la numération passée (rappel ancestral).

La pièce anatomique présentée (un crâne comportant 36 dents), ne saurait être considérée suivant ces conceptions. Le développement exceptionnel de la boîte cranienne et des arcades dentaires explique le nombre anormal des dents. Celles-ci doivent être considérées comme supplémentaires (puisque en parfait alignement).

Les auteurs concluent à un développement exceptionnel de germes dentaires restant habituellement à l'état embryonnaire.

Prennent part à la discussion : MM. H. VILLAIN et LENTULO.

La parole est donnée au Dr SOLAS pour sa communication : *Essai critique sur la nomenclature ; en particulier dans les sciences biologiques.*

Conclusions :

a) Le nombre croissant des néologismes scientifiques ;

b) La formation de ces mots (composition et dérivation) n'est pas codifiée, sauf en zoologie où la latinisation des termes est réglée sur le plan international et en Anatomie (Congrès de Bâle, 1895) ;

c) Chaque spécialité se crée petit à petit un vocabulaire qui devient incompréhensible pour les spécialités voisines. ;

d) Les étudiants ayant actuellement des connaissances rudimentaires ou nulles en Latin et en Grec, il faut leur donner la possibilité de comprendre les néologismes, c'est-à-dire : 1° Faire ces mots suivant des règles précises ; 2° Donner aux étudiants des notions sommaires de composition et de dérivation grecque et latine ;

e) Pour que les mots nouveaux soient construits correctement, il faut demander la collaboration de linguistes, hellénistes, latinistes, qui doivent donner la forme, les auteurs donnant l'idée et les racines ;

f) Le langage scientifique ayant la prétention d'être international, il faut que les commissions de terminologie englobant toutes les disciplines scientifiques, la linguistique comprise, soient elles-mêmes internationales.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 février 1946

La séance est ouverte à 20 h. 56, sous la présidence du Dr Marcel RACHET.

Le Secrétaire des Séances donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté à l'unanimité.

Le Secrétaire général, M. Robert DUPONT, nous informe de l'impossibilité dans laquelle se trouve le Dr GABARRO d'être parmi nous. Nous entendrons sa conférence au cours d'une séance exceptionnelle. D'autre part, le Dr DELIBÉROS s'est excusé de n'avoir pu venir au nom de la Société d'Odontologie de Paris.

Le Président annonce que le Dr Paul LEFEVRE, ancien Chef de Clinique à l'Hôpital St-Joseph, remplacera le Dr GABARRO au pied levé.

Dans son allocution présidentielle, le Dr RACHET retrace l'œuvre délicate de son prédécesseur, M. Georges DELARRAS, qui a su mener à bien la tâche de transition entre la guerre et la paix, que lui avait confiée l'Assemblée, avec un sens de l'organisation et une diplomatie remarquables.

Le Président présente ensuite le nouveau bureau et annonce un brillant programme de communications pour l'année 1946, programme qu'il inaugure en donnant la parole à M. le Prof. LEMAITRE, pour sa conférence sur : *Les tumeurs malignes de la bouche et du pharynx.*

L'auteur insiste au début sur l'importance d'un diagnostic précoce en matière de cancer. C'est en donnant l'alarme rapidement que l'on peut sauver son malade. Or, c'est au chirurgien-dentiste que ce rôle incombe le plus souvent. Il doit savoir aiguiller son patient sur le chirurgien qui applique le traitement indiqué par la biopsie qu'il pratiquera.

En effet, il existe trois grandes catégories de tumeurs malignes : les épithéliomas, les sarcomes et les dysembryomes qui, chacune, sont justiciables d'un traitement spécial.

Tandis qu'un épithélioma à point de départ sinusal sera traité chirurgicalement, puis soumis à une irradiation par tubes radifères, un lympho-sarcome sera uniquement traité par les rayons X, en attendant la prochaine et si décevante récidive.

Toujours est-il que le spécialiste dispose, avec le bistouri diathermique, l'électrocoagulation, les rayons X, le radium, de moyens variés et efficaces dont il doit user avec éclectisme.

En terminant, le Professeur LEMAITRE insiste encore sur la nécessité de faire des diagnostics précoces qui sont, à eux seuls, des gages de guérison.

Le Professeur VERNE demande la parole pour remercier le Professeur LEMAITRE et lui dire l'intérêt qu'il a porté à sa très brillante conférence.

Le Président, à son tour, exprime sa gratitude à son maître pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier et rappelle un cas récent où le Professeur LEMAITRE fit preuve d'une clairvoyance telle qu'elle permit de sauver la mandibule d'un patient que bien d'autres auraient condamnée à l'amputation.

Il passe la parole ensuite, au Dr Paul LEFEVRE pour sa communication : *Traitement du lupus tuberculeux par l'administration de vitamine D à haute dose. Méthode de Charpy.*

Ce traitement, proposé par CHARPY, de Dijon, à la Société de Dermatologie de Lyon, en 1943, permet d'affirmer que nous ne verrons plus dorénavant ces visages affreusement ravagés par le mal atroce que nulle thérapeutique précédente n'était arrivée à enrayer efficacement.

S'étant d'abord assuré que les accidents d'hypervitaminoses D publiés étaient dus à des impuretés et que l'on pouvait administrer des doses de vitamine pure qui auraient paru fabuleuses, il conçut le traitement qui donna les merveilleux résultats que le Dr LEFEVRE nous illustre par de saisissantes projections, fruit d'une expérience personnelle de trois années, de cette remarquable technique.

Le Professeur LEMAITRE et le Professeur VERNE félicitent tour à tour le conférencier et mettent en valeur l'importance de ce nouveau traitement encore peu connu.

Le Président remercie, au nom de la S. O. F., les conférenciers et les argumentateurs qui ont contribué à l'intérêt de cette séance.

La séance est levée à 23 heures. *Le Secrétaire des Séances* : Jean DELTOUR.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

L'**ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS** tiendra son Congrès annuel les 9, 10, 11 et 12 mai 1946, à la Grande Salle de Réunion du *Conseil National des Chirurgiens-Dentistes*, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, à Paris (Métro : la Tour Maubourg).

Sous la présidence de M. le Prof. R. HUGUENIN, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin Chef de l'institut du Cancer.

Il comprendra : *a)* une partie scientifique ; *b)* une partie technique.

La Commission Scientifique et Technique, chargée de l'organisation a décidé que les séances auront lieu comme suit :

Le *jeudi 9 mai*, de 20 h. 30 à 23 h. 30 ;

Le *vendredi 10 mai*, de 20 h. 30 à 23 h. 30 ;

Le *samedi 11 mai*, de 14 h. 30 à 18 h. et de 20 h. 30 à 23 h. 30 ;

Le *dimanche 12 mai*, de 9 h. à 12 h. et de 14 h. 30 à 18 h.

La présidence de chaque séance sera assurée, à tour de rôle, par un des Membres du Comité, un Secrétaire des Sections de Province, ou bien encore par l'un des plus anciens Membres de notre Association, assisté par un Secrétaire de séance.

PROGRAMME DU CONGRÈS

JEUDI 9 MAI, A 20 H. 30 TRÈS PRÉCISES

SÉANCE INAUGURALE DU CONGRÈS

Sous la présidence effective de M. le Prof. R. HUGUENIN, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin Chef de l'Institut du Cancer.

Allocution de M. A. BERTHET-BOREL, Président de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants.

Discours de M. le Prof. R. HUGUENIN, Président du Congrès.

Secrétaire Général des séances : M. YON.

A 21 h. 30. — Conférence de M. le Médecin Lieutenant-Colonel VIRENQUE, Médecin-Chef du Centre de Chirurgie Maxillo-Faciale de la région de Paris : *Films cinématographiques sur la chirurgie faciale réparatrice* : *Greffes libres de peau totale et naso-géniens.* (Projections et épiscope).

VENDREDI APRÈS-MIDI, 10 MAI

Vers 15 heures, à Garches, 151, rue de Buzenval : *Visite du Centre d'Expérimentation Scientifique du* Dr DEBAT, sous la conduite de M. BRÉCARD, Directeur Administratif ; M. LORMAND, Directeur Technique.

Trains : Gare St-Lazare. Descendre Gare de St-Cloud.

Prière de s'inscrire au Secrétariat.

VENDREDI 10 MAI, EN SOIRÉE

Président : M. PARISOT

A 20 h. 30. — Conférence de M. LIONEL-DUVAL, Chirurgien-Dentiste : *Anatomo-physiologie dentaire comparative de l'homme et du chien.*

A 21 h. — Conférence de M. le Prof. DUBECQ, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux : *Sujet réservé.*

A 21 h. 30. — Conférence de M. le Dr CAMEÏNA D'ALMEÏDA, Médecin Assistant de la Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine (Hôtel-Dieu) : *Cancer et endocrines. Quelques faits cliniques et thérapeutiques.*

A 22 h. — Conférence de M. le Dr Gérard MAUREL, Ancien Interne des Hôpitaux, Stomatologiste des Hôpitaux, Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale à l'Ecole Dentaire de France : *Traitement chirurgical du prognathisme mandibulaire.*

SAMEDI MATIN 11 MAI, A 9 HEURES

Visite de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort. — Directeur : M. le Prof. BRESSOU. (Salles de Cliniques, Musée, Bibliothèque, Interventions chirurgicales).

Rendez-vous à 8 h. 45, Métro *Charenton Ecoles*, puis Autobus 103 ou 181. Descendre : *Petit Caporal.*

Prière de s'inscrire au Secrétariat.

SAMEDI APRÈS-MIDI 11 MAI

Président : M. SOULET

A 14 h. 30. — Conférence de M. le Dr BERNARD, Médecin Commandant de l'Armée de l'Air : *Le delta apical (étude au moyen de l'ionophorèse du polymorphisme des canaux radiculaires).*

A 15 h. — Conférence de M. le Dr BÉCART, Médecin de l'Hôpital Léopold-Bellan et de l'Hôpital St-Michel : *Recherches récentes sur la transfusion sanguine* (projections).

A 15 h. 30. — Conférence de M. le Dr CROCQUEFER, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris : *Les ostéites des maxillaires. (Diagnostic et traitement.)*

A 16 h. — Conférence de M. le Dr Emmanuel CORNET (de Paris), Ancien Chargé de Cours de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Hanoï : *Chirurgie de la Cécité* (projections épiscope).

SAMEDI 11 MAI, EN SOIRÉE

Président : M. BUDIN

A 20 h. 30. — Conférence de M. le Dr GORET, Professeur à l'Ecole Vétérinaire : *La chimie de l'immunité, nature des antigènes et des anticorps.*

A 21 h. 30. — Conférence de M. C.-A. ROGER, Chirurgien-Dentiste : *Recherche d'idées directrices valables en esthétique dentaire (prothèse et orthodontie).* Episcope.

A 22 h. — Conférence de M. Jean PAINLEVÉ, Directeur de l'Institut de Cinématographie Scientifique : *Applications à la médecine des recherches cinématographiques* (avec projections de films sonores).

DIMANCHE MATIN 12 MAI

Président : M. SANTIN

A 11 h. — Conférence de M. J. GUINAT, Chirurgien-Dentiste : *La genèse de l'idée sanalogique.*

DIMANCHE APRÈS-MIDI 12 MAI

Président : Dr CROCQUEFER

A 15 h. — Conférence de M. le Dr A HUET. Endocrinologiste : *Thérapeutique des infections de la bouche par les hormones et les vitamines* (projections).

A 16 h. — Conférence de M. le Dr TRICOT, Ancien Interne des Hôpitaux, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris : *La thérapeutique actuelle de l'hyperthyroïdie.*

A 17 h. — Conférence de M. le Médecin Lieutenant-Colonel GINESTET, Spécialiste des Hôpitaux Militaires : *Plasties de la face par lambeaux cylindriques* (projections, épiscope).

CLOTURE DU CONGRÈS

A l'occasion du IIIe Congrès de l'A. C. D. I. : PRÉSENTATIONS ET DÉMONSTRATIONS PRATIQUES, par les Etablissements de Fournitures Dentaires, les Fabricants et les Laboratoires.

Le dimanche 12 *mai* 1946 : Exposition, de 9 h. à 12 h., de 14 h. à 18 h. — Démonstrations, de 9 h. à 12 h.

Troisième Concours du Comité National d'Hygiène dentaire

VOITURE STOMATOLOGIQUE

Ce concours, ouvert aux Constructeurs, Fournisseurs, Chirurgiens-Dentistes, Carrossiers et à toutes personnes susceptibles de s'intéresser à la question, a été clos le 15 février dernier.

Les délibérations définitives du Jury ont été fixées au 17 avril 1946. Les prix en espèces offerts par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Education Nationale et le Conseil National de l'Ordre des Dentistes seront attribués à cette date.

Une Exposition des projets des divers Concurrents aura lieu du 9 au 12 mai 1946 dans les locaux du Congrès de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants avec affichage des prix obtenus.

Pour tout ce qui concerne le Congrès, s'adresser aux Secrétaires Généraux : M. C.-A. ROGER, 2, avenue de Messine, téléphone Laborde : 28-47 ; M. A. YON, 45, boulevard Victor, téléphone Vaugirard : 33.17.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SERVICE DE SANTÉ

Région Militaire de Paris

Direction
du
Service de Santé

N° 512 P/O.A

Paris, le 2 avril 1946.
28, avenue de Friedland (8e).

Le Médecin Général Inspecteur Arène, *Directeur du Service de Santé de la Région Militaire de Paris,*

à M. le Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

Le service de Santé Militaire éprouve actuellement de très grandes difficultés pour assurer le service dentaire, par suite, d'une part, du fait qu'il n'y a pas de dentistes de l'active, d'autre part, de l'absence de dentistes de réserve sous les drapeaux et de l'impossibilité de conventionner un nombre suffisant de dentistes civils.

Or, la réglementation actuelle permet l'emploi dans l'Armée, au titre du Personnel féminin du Service de Santé, de femmes dentistes qui, jusqu'à parution du nouveau statut du Personnel féminin de l'Armée de terre, servent sous le Statut A. F. A. T. Mais le nombre de femmes dentistes actuellement engagées est très réduit et quelques-unes seulement ont formulé une demande de rengagement.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien faire une propagande très active pour inviter les femmes dentistes civiles volontaires pour servir dans l'Armée, à se présenter d'urgence, pour tous renseignements ou demande d'engagement, au Bureau du Personnel-Officiers de la Direction du Service de Santé de la Région de Paris, 28, avenue de Friedland (8e).

Il est rappelé que les femmes dentistes servent dans l'Armée avec le grade d'officier, sous les réserves suivantes :

1° Etre chirurgien-dentiste diplômée (diplôme d'Etat) ;

2° Etre Française (à titre originaire ou par voie de naturalisation) ;

3° Ne pas être mariée avec un étranger ;

4° Avoir moins de 53 ans ;

5° Etre apte physiquement.

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Résultat des élections au Conseil National :

MM. Andrieux, à Joinville-en-Vallage (Haute-Marne) ; Dehilotte, à Saint-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées) ; Dondey, à Grenoble (Isère) ; Etavard, à Angers (Maine-et-Loire) ; Favreau, à Draguignan (Var) ; Guilleux (Seine-et-Marne) ; Hulin, à Paris ; Louvet, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) ; Pichenez (Seine-et-Oise).

Elections du Bureau au Conseil National de l'Ordre

(Assemblée du 17 mars 1946)

Président : M. le Dr Ch. Hulin, Chirurgien-Dentiste. — *Vice-Président* : M. Louvet, Chirurgien-Dentiste. — *Secrétaire Général* : M. Pichenez, Chirurgien-Dentiste. — *Trésorier* : M. Guilleux, Chirurgien-Dentiste.

COTISATION PROFESSIONNELLE 1946

La cotisation professionnelle 1946 a été fixée, conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 45-2184 du 24 septembre 1945 (article 43), par décision de l'Assemblée Générale du 17 mars 1946, au taux de 1.500 francs.

Cette cotisation est due obligatoirement par tous les Chirurgiens-Dentistes et Dentistes assimilés exerçant ou désirant figurer au Tableau de l'Ordre (article 43),

à l'exclusion des Chirurgiens-Dentistes fonctionnaires, c'est-à-dire n'ayant pas de clientèle privée ou n'étant pas inscrits au rôle des patentes et des Chirurgiens-Dentistes appartenant au cadre actif du Service de Santé des Armées (article premier, dernier paragraphe).

Cette cotisation de 1.500 francs comprend la part des approvisionnements fixée à 200 francs par praticien pour les frais nécessités par les impressions et achat de cartes de produits contingentés ou surveillés et pour les frais d'établissement et d'envoi.

Il est indispensable qu'elle soit versée immédiatement aux Trésoriers des Conseils Départementaux.

Il est rappelé que les attributions de produits contingentés seront assurées dès réception de ces cotisations et à raison d'une attribution par diplômé.

* * *

Chirurgiens-Dentistes propriétaires de Cabinets. — Si le Chirurgien-Dentiste est propriétaire de cabinets dans plusieurs départements, la cotisation sera encaissée au lieu d'exercice principal et s'il exerce le même nombre de jours dans chacun des cabinets, le cabinet principal est celui du département de résidence). Enfin, si le propriétaire de cabinet exerce dans d'autres départements comme opérateur, une seule cotisation est encaissée dans le département où il exerce comme propriétaire. *Montant de la cotisation* : 1.500 fr. Répartition de la Cotisation : Conseil National : 1.000 fr. ; Conseils Départementaux : 500 fr.

Chirurgiens-Dentistes opérateurs chez des Praticiens ou des Collectivités. — Si l'opérateur exerce dans plusieurs départements, la cotisation sera encaissée dans le département de sa résidence. *Montant de la Cotisation* : 1.500 fr. Répartition de la Cotisation : Conseil National : 1.000 fr. ; Conseils Départementaux : 500 fr.

Chirurgiens-Dentistes n'exerçant pas, bien qu'habilités à exercer et désirant être inscrits au Tableau de l'Ordre. *Montant de la Cotisation* : 1.300 fr. Répartition de la Cotisation : Conseil National : 1.200 fr. ; Conseils Départementaux : 100 fr.

Participation des Médecins-Stomatologistes. — *a*) Pour les Médecins-Stomatologistes ayant participé aux frais d'approvisionnements au cours de l'année 1945. *Montant de la Cotisation* : 300 fr. Répartition de la Cotisation : Conseil National : 200 fr. ; Conseils Départementaux : 100 fr.

b) Pour les Médecins-Stomatologistes n'ayant pas participé aux approvisionnements au cours de l'année 1945. *Montant de la Cotisation* : 500 fr. Répartition de la Cotisation : Conseil National : 400 fr. ; Conseils Départementaux : 100 fr.

Il est à noter que la part fixée pour les Conseils Départementaux est une part provisoire minimum qui sera revisée pour certains départements, et plus particulièrement pour ceux dont l'effectif est très réduit, après l'encaissement de la cotisation, afin de leur permettre de pouvoir assurer le fonctionnement de leur Secrétariat.

Enfin, si une discrimination a été faite en ce qui concerne les approvisionnements, c'est pour permettre au Conseil National de l'Ordre, au cas où ceux-ci seraient repris par la Confédération des Syndicats Dentaires, de pouvoir virer à cet Organisme, déduction faite des frais assumés par le Conseil National de l'Ordre, les fonds restant disponibles.

Cotisation pour les Praticiens commençant l'exercice en cours d'année

Les Praticiens commençant l'exercice en cours d'année devront payer une cotisation calculée par trimestre, étant entendu que tout trimestre en cours est dû en entier. *Cette mesure ne s'applique pas* à la participation aux frais d'approvisionnements des Médecins-Stomatologistes.

Cotisation pour les Praticiens changeant de département au cours d'exercice

Les Praticiens changeant de département au cours d'exercice n'auront pas à payer de nouvelle cotisation et le Conseil Départemental de l'Ordre devra transférer par douzièmes la part de cotisation au nouveau département d'exercice, étant entendu que tout mois commencé reste acquis au département d'origine. Cette mesure *s'applique également* à la participation aux frais d'approvisionnements des Médecins-Stomatologistes.

Exonération et remboursement des Cotisations

Seul, le Conseil National de l'Ordre peut prononcer dans des cas tout à fait particuliers et exceptionnels, des exonérations de cotisations sur *proposition justifiée des Conseils Départementaux de l'Ordre.*

Aucun remboursement partiel ou total de cotisation ne peut être fait.

Contrôle et excédents de gestion

Aux termes de l'ordonnance N° 45-2184 du 24 septembre 1945 (article 43), le Conseil National de l'Ordre surveille la gestion des Conseils Départementaux.

En conséquence, il y a lieu pour ceux-ci de produire à la fin de chaque exercice leur compte de gestion. Ils devront également verser à la Caisse de Solidarité Nationale, dont nous vous communiquerons en temps opportun le N° de compte, les excédents de gestion des exercices, qui devront être intégralement affectés à cette Caisse créée selon les dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 et selon les dispositions des statuts approuvés par les Ministres des Finances, des Prisonniers et de la Santé publique.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA RÉGION DE PARIS

28, rue Serpente, Paris (VIe). — Tél. : Danton 93-42

En vertu de l'ordonnance du 28 septembre 1945, le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a tenu sa séance d'installation à la Première Chambre de la Cour d'Appel, Palais de Justice de Paris, le dimanche 7 avril 1946 ; tous les membres titulaires étaient présents.

Le département de la Seine a délégué MM. Blocman, Delarras, Marchand, Pelletier-Dutemple, Villain.

Le département de Seine-et-Oise a délégué MM. Demurgier, Picamal.

Le département de Seine-et-Marne a délégué M. Gigot.

Il a été procédé à l'élection du bureau, sont élus :

MM. Villain, *Président* ; Picamal, *Vice-Président* ; Pelletier Dutemple, *Secrétaire Général* ; Ausset, Président de la Cour d'Appel, Bayon Targe, Vice-Président du Tribunal Civil de la Seine, *Conseillers Juridiques* ; Mlle Beaumont, *Secrétaire Administrative.*

Le Conseil a immédiatement envisagé l'organisation des travaux, dès maintenant l'étude des dossiers qui se trouvent en instance seront examinés avec la plus grande attention.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR DES MANIFESTATIONS SCORBUTIQUES RÉCEMMENT OBSERVÉES

Par le Dr Pierre-D. BERNARD
Médecin Lieutenant-Colonel de l'Air.

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 18 décembre 1945*)

616.31 002.151

Nous avons tous observé, depuis quelques années, un nombre inaccoutumé et parfois inquiétant de gingivo-stomatites dont la symptomatologie fut très variée — depuis la simple hyperémie gingivale jusqu'aux manifestations ulcéreuses, avec atteintes plus ou moins graves de l'état général — et dont la thérapeutique fut souvent assez décevante. L'éloignement de Paris pendant six ans de guerre ne m'a pas permis de me tenir au courant des observations et des commentaires qui ont été faits de cas semblables ; aussi, n'ai-je pas la prétention de vous faire une communication sur l'ensemble de la question ; je voudrais simplement, dans une note succincte, vous exposer certains aspects du problème tels qu'il m'a été donné de les entrevoir.

Ce qui a caractérisé ces affections, fut un polymorphisme clinique tel qu'il est difficile d'en établir un classement précis ; il m'apparaît d'ailleurs qu'il s'agit d'une seule affection présentant de simples degrés de gravité et, lorsqu'on interroge un malade grave, c'est toujours le même processus qui est révélé : l'affection commence par une hyperémie des gencives constatée à l'occasion d'un brossage des dents, les gencives saignent facilement ; puis, spontanément, des douleurs apparaissent, la mastication devient pénible, des ulcérations se manifestent, l'haleine devient fétide, des adénites se réveillent, la température s'élève, la stomatite se généralise ou parfois se localise au voisinage d'une dent de sagesse en mal d'évolution ; l'état général est d'autant plus déficient que le malade peut difficilement s'alimenter, le psychisme est toujours atteint, le malade est pessimiste. (Mais ceci n'est peut-être pas une conséquence, comme j'essaierai de le montrer).

La grande fréquence des cas peut faire penser à une épidémie de stomatite du type Bergeron par contamination infectieuse. Cette hypothèse ne doit pas être retenue car on n'observe pas cette affection en série dans une famille ; ou, lorsqu'une série est observée dans une collectivité comme l'armée, aucun lien ne peut être sérieusement établi entre les différents cas. D'ailleurs, la stomatite contagieuse de Bergeron est contestée dans son principe même, car, comme le dit LEBOURG : « aucun germe défini n'a permis de reproduire la maladie ».

Les restrictions alimentaires ont été invoquées pour expliquer la fréquence des cas. Que n'a-t-on pas mis sur le compte des restrictions ? La gale, même, a été réputée imputable au blutage partiel des farines (la gale du pain, disait-on). En fait, et sans avoir l'indécence de plaisanter sur les restrictions alimentaires, on peut rappeler que, pendant la guerre, nous avons vu disparaître les troubles hépato-gastriques et toutes les diathèses des pléthoriques, et, cruelle ironie ! la guérison quasi-miraculeuse d'ulcères gastriques par la diététique à base de rutabagas, des camps de concentration ! N'avons-nous pas observé également une réduction notable de la carie, par suite de la restriction du sucre ?

Dans le cas de gingivo-stomatites, la restriction alimentaire ne saurait être alléguée, car de nombreux sujets étaient atteints de ces affections alors que, de par leur situation sociale — commerçants ou paysans — ils étaient indemnes de cette privation. Dans l'armée, en particulier, cette pathogénie ne saurait être valable.

Mais alors c'est le ravitaillement américain qui a été accusé : « trop de conserves, disait-on, pas assez de vitamines ; c'est le scorbut qui se généralise ! »

L'argument étiologique d'avitaminose alimentaire ne tient pas davantage, et cela pour deux raisons :

1° Tout d'abord, les vivres américains sont abondamment vitaminés, trop peut-être !

2° L'absorption massive d'acide ascorbique ne réduit pas sensiblement les troubles gingivo-stomatiques des malades.

Voilà où nous en étions, en 1945, lorsqu'un de mes jeunes médecins, aspirant de l'Air, me signala qu'il avait de merveilleux résultats par l'injection intra-veineuse ou sous-cutanée d'acide ascorbique.

Une fois la période de perplexité passée, j'ai entrepris et fait entreprendre à mon entourage une expérimentation systématique et le résultat fut le suivant :

Les gingivo-stomatites actuellement observées sont toujours résistantes à l'ingestion d'acide ascorbique ; par contre, les mêmes affections sont toujours favorablement influencées par l'absorption parentérale du même acide ascorbique (de 20 à 50 cg.). Sur les formes du début, lorsque l'affection a atteint le stade ulcéreux localisé — mais non généralisé — et sans réaction ganglionnaire, la sédation de la douleur est patente dès les premières heures, la guérison est totale en deux ou trois jours.

J'ai été personnellement atteint par deux fois de cette affection et j'ai bénéficié de cette thérapeutique, lors de la deuxième atteinte, par une seule injection de 20 cg d'acide ascorbique.

Une première déduction qui s'impose est que nous avons affaire à des avitaminoses non pas alimentaires mais humorales.

Pour étayer cette thèse il eut été convenable de procéder à un dosage, ou bien d'apprécier l'état de carence par la méthode de saturation de Tillmans, je n'en ai pas eu le loisir ; mais, au demeurant, il est reconnu que la détection des états de précarence par des méthodes chimiques sont de valeur moins absolue que la méthode biologique qui consiste dans un traitement d'épreuve, seul vraiment spécifique.

La notion de carence humorale n'est pas nouvelle, Demoulin nous dit que, d'après de « multiples examens systématiques de personnes saines ou malades, il résulte qu'un énorme pourcentage de personnes, même bien portantes, seraient en état de déficit en vitamine C. »

Demoulin pense que l'apport alimentaire étant suffisant, l'hypovitaminose C peut être déterminée par deux mécanismes :

1° Ou bien l'organisme ne l'absorbe pas, que la cause en soit un trouble de la muqueuse intestinale ou une destruction de la vitamine C dans le tractus digestif (végétariens alcalinisés à l'excès) ;

2° Ou bien l'organisme en a un besoin excessif (travail intensif, maladies infectieuses, vieillesse, maternité... », et nous pouvons ajouter : surmenage physique ou psychique.

Une deuxième déduction est que lorsque cette affection est plus avancée elle prend une forme infectieuse rebelle à la thérapeutique anti-scorbutique ; et cette infection secondaire doit être traitée de façon distincte.

L'infection est toujours polymorphe : on peut y trouver tous les germes saprophytes buccaux ; mais ce qui la caractérise, c'est la présence a peu près constante de fuso-spirilles contre-signée par le syndrome pathognomonique d'ulcérations très douloureuses, de fétidité caractéristique de l'haleine et de dépôt fortement coloré en brun-verdâtre et fortement fixé sur l'ivoire.

Mais pour ce type d'infection nous sommes assez bien armés avec les arsenicaux en applications locales. Il est même apparu à un de mes camarades, le médecin-commandant CUZIN, qu'une injection intra-veineuse de novarsenobenzol a une action beaucoup plus grande et rapide que les applications locales ; ce qui est très vraisemblable, et permet de combattre la propagation ganglionnaire et la généralisation infectieuse.

Manifestation scorbutique et infection fuso-spirillaire, telle est l'interprétation pathogénique que nous devons donner à ce type d'affection.

Mais, puisqu'il ne s'agit pas d'avitaminose alimentaire et seulement humorale, ceci ne nous donne aucune notion sur l'étiologie épidémique de cette avitaminose humorale.

Après avoir épuisé bien des hypothèses, j'en suis réduit à faire jouer un facteur psychologique. L'observation n'est pas nouvelle et il est classique de considérer que la misère physiologique est un facteur parfois déterminant dans l'apparition des avitaminoses ; le surmenage physique et, plus encore, le surmenage psychique doivent entrer dans le cadre des besoins excessifs de l'organisme dont nous parle DEMOULIN.

J'ai noté dans mes deux auto-observations la coïncidence de l'affection avec deux chocs émotionnels particulièrement importants :

Le premier, en novembre 1943, à la suite d'un de ces événements tragiques dont tant de Français « Résistants » ont plus ou moins été victimes et que vous pouvez imaginer. Le deuxième, en avril 1945, à l'occasion de la mort de mon père que, pendant des semaines, j'ai désespérément cherché à arracher à l'issue fatale. Dans les quelques cas que j'ai été amené à observer ultérieurement, j'ai toujours noté de tels chocs émotionnels à l'origine de l'affection.

Que vaut ce rapprochement ? Une relation de cause au moins favorisante ou adjuvante semble pouvoir être établie entre les facteurs psychiques de l'avitaminose humorale. Une telle interprétation tendrait à expliquer l'aspect épidémique de ces affections au cours de ces dernières années.

Retenons-en essentiellement la notion de nécessité d'un traitement à double effet : 1° sur le terrain par administration parentérale de vitamines ; 2° sur l'infection secondaire par l'application locale et l'injection d'arsenicaux.

LE FRAISAGE INDOLORE DES DENTS

(Présentation d'un appareil nouveau Démonstration d'une technique nouvelle)

Par M. R. DUBOIS-PRÉVOST.
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. 616.314 089.81.81

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 8 janvier 1946)

Contrairement à mon habitude, je ne vais pas vous faire, ce soir, de communication scientifique concernant l'histologie dentaire, mais rentrer dans le domaine des choses pratiques. En effet, je dois vous parler du fraisage indolore et vous présenter un appareil nouveau. Vous savez comme moi, par expérience quotidienne, combien il est difficile de supprimer la douleur ou de la diminuer au cours de nos interventions. Dans ce domaine, l'appareil que je dois vous présenter a l'avantage d'avoir un excellent rendement de l'ordre de 87 à 90 % ; cela est fort substantiel si l'on considère les difficultés rencontrées pour diminuer les réactions douloureuses au cours de la préparation des cavités.

Le principe utilisé dans l'appareil *Waropa* n'est pas nouveau puisqu'il exploite la réfrigération obtenue par la détente du gaz carbonique ; de nombreux appareils utilisant soit le CO 2 ou le chlorure d'éthyle ont donné et donnent encore de très bons résultats, mais le reproche qu'il serait possible de leur faire est que la réfrigération des dents obtenue grâce à leur emploi, ne peut être conduite avec une précision suffisante.

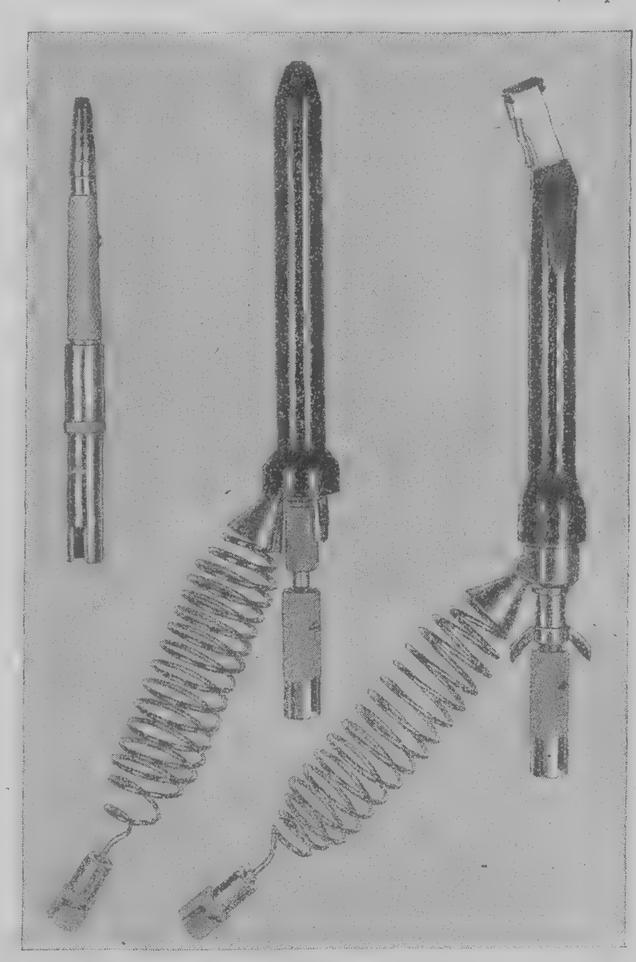
M. le Dr W. Roos, de Bâle, a réussi, après de longues années d'études et de mise au point, à réaliser l'appareil *Waropa* ; celui-ci comprend une bouteille de CO 2 pouvant être reliée à une pièce à main ou à un angle par une canalisation flexible, rigoureusement calibrée. La détente du CO 2 devant se faire dans une chambre d'expansion logée dans la tête de l'angle ou de la pièce à main ; il a fallu la précision industrielle de nos amis Suisses pour réaliser la merveille mécanique que sont ces instruments ; ils ont surmonté l'écueil que présente l'obtention de pièces à main et d'angles, légers, de volumes réduits, en un mot, se rapprochant le plus possible de nos instruments habituels. Ce n'est d'ailleurs pas sans difficultés que la *Société Waropa* a obtenu ces résultats ; j'ai pu m'en convaincre lors de la visite que je leur ai faite ; une véritable rétrospective de pièces à main et d'angles fut soumise à mon appréciation ; les premiers instruments en date présentaient un volume les rendant presque inutilisables, mais à force de volonté et de sacrifices, d'autres pièces à main, d'autres angles, plus fins, plus légers, voyaient le jour pour finalement arriver aux réalisations actuelles qui sont absolument parfaites et présentent autant de maniabilité que pièces à main et angles ordinaires, en s'adaptant, comme eux, sur n'importe quel tour électrique.

Nous allons voir maintenant comment est utilisé le froid produit par la détente du gaz carbonique ; d'après ce qui précède, il vous est facile de comprendre que c'est la fraise qui va être l'agent réfrigérant.

Celle-ci est refroidie à une température de —2 à —8°, mise au contact des tissus à fraiser, elle va limiter la réfrigération à ceux-ci sans que la dent ne soit soumise, en grande partie, à un abaissement de température brusque, c'est ce qui me permettait d'énoncer tout à l'heure qu'avec l'appareil *Waropa* la réfrigération est utilisée de façon précise, à condition de respecter les indications opératoires.

Il faut commencer le nettoyage mécanique par les procédés habituels et cela, bien entendu, en rapport avec la sensibilité présentée par la dent à traiter : emploi des excavateurs, début de fraisage avec la pièce à main ordinaire et cesser ce début de préparation dès que le patient manifeste sa douleur ; à ce moment, il faut déshydrater la cavité en l'isolant de la salive, en utilisant l'alcool et l'air chaud si possible. Après avoir choisi une

fraise et l'avoir montée sur la pièce à main *Waropa*, on s'assure que le manomètre de la bouteille de CO 2 indique bien une pression de 60 kilogrammes ; à ce moment, on fait passer le gaz carbonique et on constate qu'après quelques instants la fraise est recouverte de givre ; on prévient alors le malade que l'application de cette fraise au niveau de la cavité va provoquer une légère réaction douloureuse de courte durée. A ce stade, l'opérateur doit, contrairement à l'habitude, maintenir un contact intime et sans interruption pendant toute la durée du fraisage avec les tissus, il doit faire tourner son tour à vitesse réduite et il constate que la cavité se taille facilement en provoquant un minimum de douleur, le malade lui fera même remarquer qu'il n'a aucunement ressenti les vibrations habituelles et toujours désagréables du fraisage. Cette suppression totale ou partielle de la sensibilité de l'ivoire est obtenue parce que la tête de fraise réfrigérée amène un gel immédiat, sur une faible épaisseur du contenu des canalicules avec lesquels elle se trouve en contact, supprimant ainsi les causes de sensibilité par interruption de la conduction physiologique normale.



Pièce à main et angle Waropa

L'étude précise de l'action réfrigérante de la fraise sur le contenu des canalicules nous conduirait à envisager toutes les théories parues au sujet de la sensibilité de l'ivoire, c'est-à-dire de sa vitalité.

En fait, nous nous bornerons à exposer quelques idées personnelles pour ne pas sortir du cadre essentiellement pratique de notre causerie. Certains auteurs, parmi lesquels Tojoda et Munch, considèrent que la fibre de Tomes est entourée d'un réseau de fibrilles nerveuses ; personnellement, nous doutons de l'existence de celles-ci et nous pensons que c'est par conduction physiologique normale que la fibrille de Tomes en

tant que prolongement de la cellule odontoblaste transmet et impressionne celle-ci pour exciter les terminaisons des fibrilles nerveuses du système pulpaire au niveau du plexus hématoxylinophyle de Retterer.

Il est d'ailleurs un argument qui tend à prouver qu'à l'état normal l'ivoire n'est pas particulièrement sensible ; en effet, si l'on prend soin de préparer en une séance une cavité au niveau d'une carie non pénétrante de l'ivoire, on constate que si la fraise est bien tranchante et suffisamment refroidie, la douleur provoquée sera réelle mais bien supportée par les sujets calmes, par contre, si cette cavité est l'objet de plusieurs séances de pansements (sans caustique), il arrive que dès la deuxième séance l'ivoire devient hypersensible. Cette constatation clinique nous permet de penser qu'il est normal que les images histologiques ne nous aient jamais donné la révélation de fibrilles nerveuses dans le contenu des canalicules. Si ce tissu nerveux existait réellement, il serait pratiquement impossible de fraiser l'ivoire sain sans provoquer des douleurs extrêmement vives, semblables à celles que nous provoquons au voisinage d'une corne pulpaire. Nous devons également envisager les cas d'hyperesthésie, mais ceux-ci, à notre avis, sont généralement liés à un défaut de calcification de l'ivoire, ce qui conditionne des canalicules de sections trop larges, d'un contenu particulièrement labile.

Nous constatons d'ailleurs que sur une dent normale, au cours du fraisage, la sensibilité augmente de la périphérie vers le centre, cela pour deux raisons :

1° parce que nous pénétrons dans des zones d'ivoire de moins en moins calcifiées, donc présentant des canalicules béants et

2° la proximité de plus en plus immédiate de la pulpe.

A la lumière de ces faits, nous pensons devoir considérer la fibrille de Tomes entourée de son manchon d'hyaloplasma comme un système physico-chimique, c'est-à-dire un milieu colloïdal et éminemment sensible à toutes variations, qu'elles soient pathologiques (carie), traumatiques (choc, mastication anormale), ou thérapeutiques (traitements, fraisages), ou thermiques (échauffements, refroidissements brusques).

Ces variations ayant pour corollaires une augmentation, une diminution ou une suppression de la sensibilité.

C'est pourquoi, l'emploi précis de la réfrigération portée au sein des tissus par la fraise, grâce à l'emploi de l'appareil *Waropa*, autorise une anesthésie due à un gel temporaire et comme nous l'avons fait remarquer, sur une faible profondeur du contenu des canalicules, supprimant la conduction et sa réponse sensible au niveau du tissu nerveux pulpaire et cela sans altération du contenu vivant de ces canalicules.

L'importance de ces résultats opératoires excellents ne peut échapper à personne, si l'on considère la vitalité sans cesse entretenue de l'ivoire, mise en évidence au cours d'examens histologiques, par les changements apportés à l'ordonnance, à la disposition des canalicules et cela pour barrer la route à l'infection, pour s'opposer à l'envahissement microbien au cours du processus de la carie ; le tissu dentaire se défend par des alternances de décalcification et de récalcification, en un mot par des mutations calciques locales. Cette défense de la dent conservée vivante parachève notre travail consciencieux ; si nous avons aidé la nature, à son tour la nature nous aide ; c'est pourquoi il faut conserver à tout prix la vitalité de la pulpe et de ce territoire conjonctif calcifié que nous appelons l'ivoire.

Je vais avoir le plaisir de conclure en vous démontrant, sur malade, les possibilités d'emploi de l'appareil *Waropa* ; je vous remercie de l'attention bienveillante avec laquelle vous avez bien voulu m'entendre vanter les mérites de cet appareil et je tiens à rendre hommage, encore une fois, au D^r^ W. Roos, en l'assurant de nos sentiments reconnaissants pour avoir mis à notre disposition le moyen de progresser de façon efficace dans notre lutte quotidienne contre l'élément douleur.

* * *

Démonstration. — S'assurer que le régime de pression est de 55 à 60 atmosphères.

Commencer le nettoyage de la cavité avec les instruments habituels, jusqu'au moment où le patient accuse de la douleur.

Sécher la cavité et la maintenir à l'abri de la salive.

Lorsque la fraise est montée sur la pièce à main *Waropa* et animée d'une vitesse de rotation réduite (givrage), arrêter le moteur et appliquer cette fraise au niveau de la cavité pendant un court instant pour intensifier la réfrigération initiale.

Cette manœuvre peut provoquer une légère douleur dont il faut avoir prévenu le patient. La douleur disparaît rapidement ; c'est le moment choisi par l'opérateur pour préparer la cavité en appuyant légèrement sur la fraise et le moteur tournant à vitesse réduite, ne pas avoir recours à la méthode usuelle des interruptions successives, mais au contraire maintenir le contact avec les tissus à fraiser.

Les résultats sont en général excellents, et tous les malades traités dans notre cabinet se montrent très satisfaits ; si la douleur ne disparaît pas complètement, elle est atténuée à un point tel, que les patients ayant apprécié le *Waropa* ne veulent plus connaître d'autre méthode de fraisage.

Pour notre part, le Dr Roos a pratiqué sur nous le traitement d'une carie fort douloureuse située au collet de g5 ; la préparation de la cavité fut indolore. Soucieux de vérifier si les réactions après traitement étaient normales, et si la vitalité de la dent était respectée, nous avons constaté :

1° que dans les heures qui suivaient, aucune réaction sensible consécutive à une hypérémie pulpaire possible ne se manifestait ;

2° que deux mois après cette épreuve, après avoir fait enlever le ciment provisoire qui obturait la cavité, celle-ci présentait une sensibilité normale, donc aucune diminution de la vitalité.

Comme pour les malades de notre cabinet, les patients traités au cours de la démonstration de ce soir se sont montrés satisfaits. Sur l'un d'eux atteint d'une carie non pénétrante de l'ivoire (2e degré), au niveau de G4, carie mésio triturante, nous avons publiquement démontré combien le fraisage était douloureux et difficilement supporté avec les instruments habituels, et combien, au contraire, il a semblé agréable à notre patient de bénéficier après coup, pour continuation du fraisage, de la méthode *Waropa* et cela fut pour l'auditoire une preuve convaincante de l'efficacité de cette méthode.

Nous sommes heureux de publier en complément de notre exposé l'argumentation de notre confrère M. le Prof. M. Marmasse qui, avec objectivité, dans une suite de scrupuleuses observations, nous a communiqué ce qu'il pense du *Waropa*.

* * *

OBSERVATIONS

de M. Marmasse, Professeur à l'Ecole Odontotechnique

J'utilise, depuis une semaine environ, le *Waropa* que vous avez bien voulu me confier, et j'ai noté avec scrupule les réactions, ou plus exactement les absences de réactions de mes patients.

J'ai l'intention, à l'occasion de la communication de M. Dubois-Prévost, de faire état de mes observations, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Dans l'ensemble, les résultats sont très favorables, mais il ne faut pas laisser ignorer aux opérateurs qu'ils doivent acquérir une nouvelle discipline de leurs gestes, et oublier leurs vieilles pratiques. Il faut également savoir qu'on doit demander certains résultats à l'appareil, mais qu'on ne peut pas tout faire avec son concours.

En particulier, le gros nettoyage de dentine ramolie qui encombre une vaste cavité, et qui normalement est fait à l'excavateur, reste du do-

maine de l'excavateur, car lorsqu'il est fait à la fraise, celle-ci doit se promener trop rapidement dans la cavité pour que celle-ci soit opportunément refroidie.

Ce qui est proprement du domaine du *Waropa* c sont les tailles dee cavité dans le tissu relativement ou tout à fait sain, qui sont habituellement très douloureuses. Ce qui doit aussi le faire adopter c'est la possibilité d'anesthésier, sans le décor des anesthésies, je veux dire sans la seringue ou sans l'inhalateur à N° 2-0. Nos patients pusillamines redoutent quelquefois autant l'administration anesthésique que l'intervention elle-même. Et puis, il y a les malades chez qui l'état de santé interdit les anesthésies locales, ou les analgésies par inhalation.

Ceci dit, et ce sont des informations qui ont pour vous le caractère de redites, je vous joins quelques-unes des observations schématiques dont je dispose :

1° Mme G. V... — 7| à dévitaliser par bridge. Ouverture de la dent de la face triturante à la pulpe. Patiente facile, normalement très courageuse, me dit avoir très peu senti, beaucoup moins que sans *Waropa* (j'avais débuté sans l'appareil pour m'assurer de la qualité de la sensibilité). J'ai été gêné par le grippage de l'angle droit par le givre. C'est mon premier patient et je suis plus expert maintenant.

2° Mme L... — |3. Taille cavité du collet. Patiente facile. A très peu senti, se déclare satisfaite. J'ai pu, en un temps très bref, réaliser une taille parfaitement correcte.

3° M. H... — 2|. Cavité distale. Le plus difficile de tous mes patients. Intellectuel de 45 ans, ne supportant aucune douleur physique. Impossible à soigner sans anesthésie. Il est habitué à l'analgésie protoxyotée depuis 4 ans, et j'ai ainsi la possibilité de le soigner correctement. Il a accepté ma tentative avec réticences. Mon travail a été facile et sans douleur. Le patient me dit préférer *Waropa* au N 2 0.

4° Mme M... — |2. Cavité distale ouverte par la face linguale. A moins senti que sans *Waropa*. A senti cependant. Je l'ai déjà soignée sous le N 2 0, elle préfère N 2 0, mais ne cache pas que l'euphorie due au N 2 0 fait partie de son regret de n'en pas avoir goûté aujourd'hui.

5° M. L... — 7|. Pulpite par cavité distale au collet. Trépanation jusqu'à la pulpe par la face triturante. Essai intéressant, car le froid déclenche une crise névralgique — et la réfrigération localisée due au contact de la fraise n'est pas suffisante pour annihiler les névralgies qui sont déclenchées — comme l'aurait fait une congélation de toute la dent avec du chlorure d'éthyle par exemple.

Un essai de fraisage sans refroidissement à mi-route, m'a cependant permis de constater une amélioration très nette grâce à *Waropa*.

6° M. R... — 5|. Saine, à dévitaliser pour bridge. Trépanation de la face triturante à la pulpe avec *Waropa*. Le patient se déclare très satisfait. Une trépanation a duré 1 minute environ et le patient me quitte en disant : « je me ferais bien dévitaliser toutes les dents avec cet appareil ».

Chez tous ces malades aucune réaction post-opératoire. Quand c'est fini, c'est fini ! Sous l'angle théorique, mon esprit est plus satisfait du refroidissement du copeau de dentine qui va être enlevé, que du gel de toute la dent et même de la pulpe que nous avons pratiqué antérieurement.

J'ai l'intention d'essayer certains travaux avec meules ou pointes diamantées qui sont conductrices, et qui, si elles sont de petit diamètre, peuvent peut-être être utilisées favorablement, je pense aux tailles pour Jacket-Crown.

Je ne vous ai rien dit de l'alourdissement des gestes qui manœuvrent pièce à main et angle, qui perdent leur très agréable mobilité : on ne peut pas tout avoir.

RÉFLEXIONS SUR LA PROPAGANDE D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE ET DES COLLECTIVITÉS SOCIALES

Par M. GINGOLD

(Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., octobre 1945)

616.314.083 : 37

I

Les raisons d'une communication à la Section d'Odontologie du Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, exposant des réflexions sur l'intérêt d'organisation d'une propagande d'hygiène bucco-dentaire auprès de la clientèle et des collectivités sociales, ont pour fondement le fait qu'il est particulièrement souhaitable et logique de voir les progrès scientifiques et techniques de l'art dentaire, atteindre leur maximum d'efficience et de valeur pratique sociale dans la mesure où un public de plus en plus nombreux sera adroitement conduit et appelé à en bénéficier.

L'intérêt principal de l'établissement et du développement de la propagande d'hygiène et de dépistage bucco-dentaires est de pouvoir s'affirmer, et devenir un instrument d'avant-garde destiné à lutter contre les répercussions de l'ignorance, et des méfaits de la carie dentaire, en étant au point de départ d'une organisation rationnelle visant par des moyens d'orientation efficaces à acheminer le public vers un comportement sanitaire préventif et curatif approprié.

II

Il est déjà très heureux que l'existence et l'utilité publique du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire aient été reconnues et que son activité se soit manifestée à l'occasion de l'inspection dentaire de dépistage des écoles, accompagnée par une propagande d'hygiène qui doit à l'avenir englober les établissements scolaires primaires, primaires supérieurs et secondaires.

D'une part les méthodes habituelles d'enseignement ont incorporé dans les programmes officiels des manuels et leçons de sciences naturelles, un chapitre spécial sur les principales causes, les manifestations, les complications de la carie dentaire et les nécessités d'une hygiène bucco-dentaire.

D'autre part, l'établissement à cet usage de brochures complémentaires, de conférences éducatives illustrées par tableaux ou projections, et effectuées par les soins du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire avec le concours des cadres de l'inspection d'Hygiène et de dépistage scolaires, s'efforcent d'atteindre systématiquement les élèves et leurs parents, travaillent pour l'avenir en habituant les enfants à l'examen de diagnostic et aux soins du Chirurgien-dentiste librement choisi, et préparent à celui-ci ultérieurement une clientèle que certains praticiens considèrent comme susceptible de rester la plus fidèle.

III

Toutefois, la propagande d'hygiène bucco-dentaire, pour être effective et totale, doit être adaptée en vue d'atteindre les différentes catégories de personnes et les divers milieux intéressés.

A — C'est ainsi que les organismes médico-sociaux du travail antérieurement fondés ou actuellement en formation peuvent devenir d'importants foyers de propagande d'hygiène, de dépistage bucco-dentaires (et même de maladies professionnelles à répercussions buccales). Il serait donc utile d'étudier par rapport aux collectivités de travailleurs, les efforts d'organisation à effectuer pour atteindre la grande masse des classes laborieuses, particulièrement utiles à éduquer et à orienter au point de vue soins dentaires.

B — Il importe également que différents centres médico-sociaux de surveillance ou de soins, deviennent les relais d'une propagande éducative d'hygiène et de dépistage.

Les dispensaires anti-syphilitiques doivent être en mesure, pour des raisons bien connues, de recommander à leurs malades de veiller à l'application d'une hygiène et d'une mise en état bucco-dentaire préventive, afin d'éviter principalement des stomatites médicamenteuses, toujours plus sérieuses chez des personnes ayant un système dentaire négligé.

De même, les multiples offices publics d'hygiène sociale et de lutte anti-tuberculeuse ont à propager des principes d'hygiène dentaire auprès de leurs malades dont l'état biologique particulièrement déficient commande de surveiller un système dentaire parfois plus fragile et dont les déficiences ou les complications pourraient venir aggraver leur état de santé générale débilité.

On peut également admettre que la propagande d'hygiène bucco-dentaire doit aussi atteindre et s'effectuer dans les dispensaires médico-chirurgicaux, si l'on veut bien prendre en considération ce que le Docteur J. Lavoine a écrit en 1942 dans son Précis d'Anesthésie Générale par inhalation (1) à savoir « que chaque fois que les circonstances le permettront, la bouche des patients susceptibles d'être opérés devra être mise en état, par enlèvement des dents branlantes, soins des foyers de caries ou des pyorhées alvéolaires, car c'est dans la septicité des mucosités buccales et leur aspiration pendant la narcose que réside l'origine de maintes infections, pneumonies dites anesthésiques, parotidites post-opératoires ».

IV

L'utilité d'une propagande d'hygiène et de dépistage bucco-dentaires auprès des centres de diagnostics et d'hospitalisation des femmes en état de gestation ou allaitant est une question particulièrement importante qui mérite de retenir l'attention étant donné l'intérêt de prévenir chez des personnes en état de grossesse des complications pathologiques surajoutées, ayant pour point de départ un système bucco-dentaire négligé ou en mauvais état.

Le Docteur Roy, stomatologiste, dans deux communications différentes, en 1932 et en 1945, a judicieusement écrit (2) et (3) :

---

(1) *Précis d'Anesthésie Générale par inhalation*, Dr J. Lavoine. (Préparation physique à l'anesthésie, page 155). Edition Maloine, 1942.

(2) Dr Roy. *L'Odontologie*, n° 8, août 1932, p. 535.

(3) Dr Roy. *L'Odontologie*, n° 3, juillet-août 1945.

« Il convient à l'égard des accidents infectieux sur lesquels les Docteurs Vignes et Lemeland, accoucheurs des hôpitaux, ont appelé la réflexion en signalant la fréquence des complications dentaires et leurs répercussions obstétricales pathologiques chez les femmes enceintes, de reconnaître la nécessité de combattre le préjugé fréquemment répété : « chaque enfant coûte une dent à sa mère ».

« Il est hors de doute que, soit par négligence habituelle, soit par appréhension des soins dentaires, un très grand nombre de femmes ont de nombreuses dents cariées en dehors de tout état gravide. Or, dès le début de la grossesse, la femme est dans un état psycho-physiologique qui la rend peu encline à subir les petits inconvénients d'un traitement dentaire qu'elle a souvent négligé depuis toujours, état d'esprit qui se trouve renforcé par un préjugé beaucoup plus grave par ses conséquences : C'est qu'une femme enceinte ne doit pas se faire soigner les dents.

« Ce préjugé est malheureusement encore répandu et peut coûter la vie à des femmes par suite de complications graves (accidents de dents de sagesse, ostéo-phlegmon, ostéo-myélite prolongées).

« Très souvent l'étonnement devant la négligence d'où provient ces accidents sérieux a pour réponse : « on m'avait dit qu'il ne fallait pas se faire soigner les dents durant la période de grossesse ».

Le Docteur Roy considère qu'il est donc important de réagir et répandre le précepte qu'il faut au contraire se faire soigner puisque les complications infectieuses de la carie peuvent se développer avec bien plus d'intensité chez les femmes enceintes que dans le cas normal.

Suivant l'avis de Monsieur Villain « il n'y a peut-être aucun inconvénient à ce qu'on maintienne le dicton populaire que la grossesse coûte une dent à la mère, si on réussit de cette façon à entraîner les femmes à se faire soigner au cours de la grossesse, et particulièrement celles qui ont omis de le faire avant » (1).

On pourrait même ajouter en connaissance des infections obstétricales signalées par le Docteur Vignes, accoucheur (1 *bis*), que si la grossesse est susceptible de coûter une dent, la mauvaise denture et le mauvais état buccal sont même susceptibles d'être à l'origine d'une fausse couche et de la perte d'un enfant, d'où nécessité double d'indiquer aux femmes de se faire soigner les dents avant et pendant leur grossesse.

Pour les Docteurs Lantouejoul, accoucheur des hôpitaux et Dechaume, stomatologiste (2) « la question simple en théorie de la surveillance dentaire pendant la grossesse se heurte à des difficultés liées aux préjugés tenaces qui condamnent les extractions et les soins pendant la grossesse et qui trouvent force de loi non seulement parmi les femmes mais aussi parmi de nombreux médecins et dentistes ».

Le Docteur Lemeland, accoucheur des hôpitaux, a pleinement exposé dans des communications publiées en 1932 les constatations lamentables du mauvais état bucco-dentaire et la nécessité d'en organiser la prophylaxie et la thérapeutique par suite des graves possibilités de répercussion pathologiques diverses chez les femmes gestantes des consultations hospitalières. Il écrit notamment :

« Certaines femmes enceintes qui ont auparavant reçu des soins dentaires nous ont donné cette réponse admirable qui est la condamnation des préjugés actuellement en usage : « Je sais bien que j'ai mal aux dents, je sais bien qu'elles vont encore me faire des accidents, mais je ne puis me soigner tant que je suis enceinte ou que je suis nourrice ».

---

(1) Voir *L'Odontologie*, n° 8, août 1932, p. 538.

(1 *bis*) Voir *L'Odontologie*, n° 8, août 1932, p. 503.

(2) Dr Lantouejoul et Dechaume : *Les infections d'origine bucco-dentaire au cours de la puerpéralité. La Presse Médicale*, mai 1934.

Il faut extirper cette notion qui règne dans beaucoup de cerveaux, la sorte de résignation aux accidents dentaires admis comme un mal nécessaire, inéluctable, ayant pour origine l'hérésie et l'idée absurde qu'il ne faut pas soigner des dents pendant la puerpéralité et en vertu de laquelle on répète que tout enfant coûte une dent à sa mère. »

A l'appui des constatations et des statistiques cliniques convaincantes, confirmées par différents autres travaux, le Docteur LEMELAND proposait sagement dès 1932 :

« En attendant que les soins donnés dans l'enfance nous amènent des jeunes mères avec une dentition convenable, il faut s'efforcer de réagir vigoureusement contre un préjugé ridicule et désastreux répandu dans le peuple et même propagé par des sages-femmes et des médecins.

« Il importe de proclamer et d'afficher partout où viennent les femmes enceintes et les mères, partout où il sera possible de le faire, et notamment dans toutes les consultations de maternité et de nourrissons, cette vérité qu'il faut soigner les dents pendant la grossesse et l'allaitement et que la gestation ou l'accouchement commandent les soins dentaires et ne constituent pas de contre-indications, de façon à amener les intéressées et celles qui en ont besoin à faire traiter leur mauvais état bucco-dentaire ».

V

Par ailleurs, les bienfaits de la propagande d'hygiène bucco-dentaire doivent aussi atteindre le divers public (enfants, adolescents, adultes, travailleurs, femmes enceintes, etc.) composant la clientèle habituelle des chirurgiens-dentistes privés.

L'action verbale et d'éducation sanitaire effectuée personnellement par le praticien à l'occasion des soins ou travaux entrepris, ne pourrait que gagner à être préparée par une propagande d'hygiène bucco-dentaire extérieure du cabinet dentaire ; certains tracts éducatifs devraient être étudiés et mis à la disposition du public attendant plus ou moins longtemps dans le salon de réception leur tour de consultation.

Cependant certains praticiens demeurent septiques sur la valeur de toute propagande d'hygiène, si elle n'est pas appuyée et suivie par des avantages économiques et financiers dont il appartient aux caisses d'Assurances Sociales de reconnaître le bien-fondé, comme armes d'encouragement, et par des remboursements plus élevés d'honoraires de soins, de façon à les conduire au maintien du meilleur état possible de leur système bucco-dentaire par des soins effectués précocement et à titre préventif auprès du chirurgien-dentiste de leur choix.

VI

Il semble même qu'aucun moyen d'atteindre le public ne devrait être négligé ou éliminé. La vente usuelle de divers articles d'hygiène bucco-dentaire de qualité (dentifrices, etc.) devrait être orientée de manière à devenir une méthode complémentaire de propagande, s'associant aux prospectus habituels indiquant les caractéristiques du produit fabriqué et donnant des notions exactes d'hygiène bucco-dentaire.

Il n'est peut-être pas impossible que certaines firmes intéressées puissent trouver des avantages à consacrer une partie de leur important budget publicitaire à une forme de propagande renouvelée, associant harmonieusement le point de vue commercial et le point de vue éducatif et sanitaire.

Conclusions

Le champ d'activité de la propagande d'hygiène et du dépistage bucco-dentaires est particulièrement vaste. Il ne pourra vraisemblablement être réalisé que par étapes successives.

Une organisation coordonnée et complète doit être mise peu à peu en œuvre pour agir d'une façon utile sur les différents milieux qui doivent bénéficier d'une notice éducative et par ordre d'urgence on peut indiquer en dehors des établissements scolaires où la propagande fonctionne déjà, les centres médico-sociaux de prénatalité, de post-natalité, les centres médico-sociaux du travail, la clientèle des praticiens privés, les usagers des produits d'hygiène dentaire.

Il est à souhaiter que les différents organismes et milieux intéressés étudient ensemble la mise au point et les modalités de diffusion d'un tract dépliant de format carte-lettre comportant au maximum de trois à six pages de texte susceptibles d'être rapidement lu par les différents publics, en quinze à vingt minutes maximum. Ce tract pourrait être publié sous la raison sociale du centre médico-social ou médico-dentaire public ou privé, prenant l'initiative de la diffusion, et devrait exposer : les causes principales,les complications buccales et générales de la carie dentaire, avec un schéma sommaire d'explication. Enumération des remèdes préventifs et curatifs auxquels il convient de faire appel et les avantages sanitaires économiques et sociaux de l'hygiène bucco-dentaire.

L'orientation sanitaire convenable de toutes les catégories du public peut être favorablement influencée par une propagande appropriée. Il semble cependant que quels que soient les formes des efforts, et les milieux de propagande d'hygiène et de dépistage bucco-dentaires, on ne pourra atteindre une efficacité maxima que dans la mesure où les étapes successives étroitement liées conduiront les personnes intéressées de la propagande éducative au dépistage, puis aux soins préventifs ou curatifs du praticien de leur choix, et l'obtention d'un remboursement plus élevé des honoraires des soins effectués en temps utile.

Des tracts et notices éducatives sanitaires ne pourront produire leur plein effet que du jour où ils pourront signaler que les caisses d'assurances sociales ont accepté de rembourser intégralement une visite d'hygiène dentaire préventive annuelle chez un praticien librement choisi. Des remboursements plus conséquents devront d'abord en premier lieu être accordés par priorité aux élèves des établissements scolaires et aux femmes en état de gestation.

A titre d'encouragement préventif, les traitements effectués dans le trimestre qui suit la visite de dépistage pourraient être remboursées à un tarif d'assurances sociales maximum, sur lequel les caisses d'assurances sociales et les organismes professionnels devraient pouvoir s'entendre.

Et l'on peut conclure en affirmant que ces moyens peuvent constituer un progrès évident et une victoire réelle dans le domaine des réalisations pratiques d'hygiène bucco-dentaire, en conciliant tout à la fois l'intérêt scientifique, économique et social.

REVUE ANALYTIQUE

FOURÉ (J.). — **La santé publique aux Etats-Unis. Apercu sur les programmes de soins dentaires.** (*Le Monde Dentaire Libre*, janvier 1946).

Dans un article bien documenté et très intéressant, M. Fouré expose ce que les Américains ont fait chez eux dans ces dernières années, dans le cadre de la santé publique en ce qui concerne la prophylaxie et la thérapeutique dentaires chez les enfants des écoles. Les résultats obtenus sont des plus encourageants et méritent l'attention.

Les dentistes Américains sont unanimement convaincus que certaines vérités doivent déterminer la voie qu'ils ont tous à suivre pour assurer éventuellement les soins dentaires du public.

1° La négligence des soins dentaires coûte plus cher que ceux qui seraient donnés en temps utile.

2° Le contrôle de la carie dentaire fait à temps chez les enfants, réduit considérablement le nombre des dentitions défectueuses auxquelles il faudra remédier plus tard.

3° D'après les calculs actuels les soins dentaires essentiels à donner aux enfants coûtent moins de la moitié de ceux qu'il est essentiel de donner aux adultes.

4° Un programme de soins dentaires perd beaucoup de sa valeur s'il n'est accompagné d'un programme d'éducation d'hygiène dentaire.

5° Les services perdent leur valeur et leur efficacité si le contrôle des services professionnels n'est pas laissé entre les mains des praticiens.

Une série d'études par examen buccal a été faite en un grand nombre de villes des Etats-Unis sur les enfants, qui démontrent qu'avec l'âge il y a une augmentation dans le pourcentage des enfants présentant une dentition défectueuse mais aussi pour chaque enfant une augmentation dans le nombre des cavités. Il en résulte qu'il est donc nécessaire de commencer les traitements préventifs aussitôt que possible afin d'éviter la perte des dents, les malformations buccales, les répercussions sur le système en général, les opérations douloureuses, les prothèses onéreuses, etc., etc... Aucune collectivité ne peut avoir les quatre cinquièmes de ses membres atteints d'une telle manière sans qu'elle ne souffre de répercussions économiques, intellectuelles, physiques et morales graves.

Il existe aujourd'hui dans la plupart des grandes villes des services d'hygiène dentaire qui comprennent des consultations dentaires scolaires pour examen et soins et des cliniques municipales de centre d'hygiène où sont soignés les enfants nécessiteux, ou sur remboursement ceux qui ne peuvent se faire soigner chez des dentistes particuliers. Mais il est à noter que ces organisations ne sont encore que régionales, en attendant l'application d'un programme national.

A ces services spécialisés doit s'adjoindre, dans les écoles, un programme d'hygiène dentaire. Le fait à souligner et qui montre l'importance que l'on attache aux Etats-Unis à la question, est que chaque enfant doit obligatoirement se faire soigner sous peine de sanctions sévères.

D'autre part, le nombre des dentistes susceptibles de pouvoir donner leurs soins dans ces cliniques étant insuffisant, il a été créé un corps d'hygiénistes dentaires. C'est une auxiliaire qualifiée et précieuse du dentiste, ayant suivi des cours spéciaux et munie d'un diplôme, qui peut s'occuper des traitements prophylactiques, faire des examens de bouche et s'occuper de tout ce qui concerne l'hygiène dentaire.

Les résultats obtenus sont extrêmement intéressants et comme le dit M. Fouré : saisissants et ils démontrent l'importance au point de vue scolaire que présente l'organisation des soins dentaires dans les écoles tels qu'ils sont compris aux Etats-Unis.

P. V.

DECHAUME (M.). — **Lésions du nerf dentaire inférieur au cours des extractions de la dent de sagesse.** (*Revue de Stomatologie*, Paris, septembre 1944).

C'est un accident relativement rare. Après avoir rappelé les observations que l'on peut trouver dans la littérature médicale, M. Dechaume rapporte en cet article une trentaine d'observations personnelles recueillies au cours de plus d'un millier d'ex-

tractions de dents de sagesse. Il lui a semblé intéressant de discuter les problèmes soulevés par cette complication. Ces observations sont classées en deux groupes :

1° Dans le premier figurent celles pour lesquelles, d'après la radiographie, on pouvait croire à des dents sillonnées ou traversées et qui n'ont donné lieu à aucun accident ;

2° Dans le deuxième celles qui se sont accompagnées de lésions du nerf dentaire inférieur.

L'étude de ces observations conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° La radiographie ne permet pas d'établir, d'une façon précise, les rapports des racines de la dent de sagesse avec le nerf dentaire inférieur. Il peut y avoir projection de l'ombre du canal sur les racines, alors que le nerf dentaire n'est, en réalité, qu'à son contact. Aucune technique ne peut donner de résultats certains. La notion exacte de ces rapports des racines avec le nerf ne se révèle qu'après l'extraction ;

2° La possibilité d'un arrachement du nerf dentaire justifie-t-elle une technique opératoire spéciale pour le prévenir. Il paraît inutile à M. Dechaume de conseiller la résection systématique étendue de la table externe, pour mettre à nu la dent jusqu'à son apex, étant donné la rareté de la lésion. Par contre il insiste sur la nécessité de manœuvres douces. Après résection économique de la table externe, pour dégager la couronne sur sa face externe (afin de permettre le passage de l'élévateur au-dessous de la couronne) et résection également économique du toit osseux qui recouvre la couronne et la racine sur le versant interne de la ligne oblique (pour permettre la luxation en arrière et en dedans) si l'avulsion à l'élévateur s'avère difficile, il préfère, plutôt que d'accroître la résection osseuse, procéder au morcellement de la dent : section de la couronne, puis au besoin séparation des racines avec la fraise ou la pince coupante ;

3° Les troubles provoqués par la contusion ou l'arrachement nerveux sont variés ;

4° Il est curieux de constater que dans aucun cas il n'y a eu d'hémorragie grave ;

5° Point de vue médico-légal. Il ne saurait être question d'incriminer l'opérateur lorsque surviennent ces incidents. Il est cependant indispensable de rappeler que toute extraction de dent de sagesse inférieure constitue une véritable petite intervention, même si elle paraît en position normale. En règle générale elle ne doit être pratiquée qu'après radiographie. Et lorsque celle-ci met en évidence la projection du canal dentaire sur les racines, il est sage de prévenir le malade de la possibilité d'une lésion du nerf. P.V.

ROCHETTE (M.). — **Traitement des stomatites mercurielles et bismuthiques.** (*Information Dentaire*, 28 oct. 1945).

En syphiligraphie, les spécialistes utilisent encore assez souvent le Bismuth et le Mercure qui peuvent déterminer chez les malades des stomatites gangréneuses, mercurielles ou bismuthiques commandant la suppression du médicament et l'application d'un traitement efficace pour enrayer cette stomatite médicamenteuse parfois sévère, à évolution longue et douloureuse.

Le traitement de choix de ces stomatites est sans conteste le Cyanure de Mercure en injection intra-veineuse, à la dose habituelle de 1 centigr. par jour.

Toutefois le Cyanure de Mercure est contre-indiqué chaque fois que la stomatite s'accompagne de lésions linguales, car alors il provoque une macroglossie douloureuse ; de même si le malade présente de l'albumine dans les urines.

Lorsqu'une contre-indication quelconque ne permet pas d'utiliser le Cyanure de Mercure, il existe un produit qui est un antidote parfait du Bismuth et du Mercure, c'est la Rongalite qui existe en spécialité pharmaceutique sous le nom de Formalite. Ce sont des produits soufrés qui provoquent assez facilement des selles diarrhéiques. Agissant ainsi comme purgatif, elles agissent comme anti-toxique.

Prescriptions. — Rongalite : premier jour, 5 grammes dans 200 grammes d'eau par voie buccale ; deuxième jour, 10 grammes ; pendant quatre jours, 10 à 12 grammes suivant que le malade supporte plus ou moins bien le médicament. Les jours suivants diminuez progressivement pour revenir à 5 grammes.

Formalite : même posologie en notant que les comprimés sont de 0 gr. 50. P. V.

Degos (R.). — **Le traitement actuel du lupus tuberculeux.** (*La Médecine*, février 1945).

Le traitement classique du lupus tuberculeux a toujours comporté trois parties : traitement local, traitement du foyer infectieux initial, traitement général du terrain.

Depuis quelque temps, un nouveau traitement général a donné des résultats si extraordinaires qu'il semble indispensable de les faire connaître. C'est la méthode de Charpy. Elle comprend :

1° Un traitement d'attaque de trois mois pendant lesquels le malade prend une fois par semaine une dose de 15 milligrammes de vitamine D2 en solution alcoolique *per os* et absorbe journellement un à deux litres de lait ou, à défaut, 0 gr. 50 de gluconate de calcium pendant quinze à vingt jours du mois. La solution huileuse de vitamine D2, les phosphates de chaux sont moins efficaces.

2° Un traitement de consolidation de trois mois qui comporte l'absorption de 2 ampoules par mois de vitamine D2 avec, comme complément, le lait ou le gluconate de calcium. D'après Charpy, il serait même préférable de renforcer la dose et de prendre le lait ou le gluconate aux mêmes doses que pendant le traitement d'attaque. Suppression complète du sel. Par mesure de prudence, les malades pourront prendre les années suivantes une ampoule de Vitamine D2 pendant les trois mois de printemps et les trois mois d'automne.

Ce traitement très bien toléré, n'a aucune contre-indication et donne des résultats sensationnels. P.V.

Virenque (M.). — **Traitement des pertes de substances étendues du maxillaire inférieur par la méthode des greffes ostéo-périostiques.** (*Bulletin d'Information du Service de Santé*, N° 6, 1944. — In *Revue de Stomat.*, avril 1945.

Tandis que dans un autre article traitant du même sujet, M. Ginestet montre les bons résultats obtenus par la greffe d'os total dans les poids des substances étendues, M. Virenque expose ici, d'après son expérience, tout le parti qu'on peut tirer des greffes ostéo-périostiques. même dans les pseudarthroses de plus de cinq centimètres. Il reprend, d'abord, les principes généraux et les conditions de la réussite de ces greffes : asepsie, immobilisation des fragments. Puis il donne quelques détails pratiques sur l'application aux différentes régions : symphyse, région latérale, région angulaire et branche montante.

Pour les pertes de substance osseuse de 8 à 10 centimètres, il utilise les greffons ostéo-périostiques à contact osseux unique, c'est-à-dire qu'il pose quatre greffons ; deux accolés ensemble et au contact d'une des extrêmités osseuses avivée, et les deux autres au contact de l'autre extrémité osseuse. L'une des extrémités de ces greffes a donc un contact osseux, l'autre un contact intergreffe.

Enfin, pour les pertes de substance de plus de dix centimètres, il a imaginé la technique des greffes sur greffes. Dans un premier temps, on place des greffons au contact de chacune des extrémités osseuses avivées ; ces greffons laissent entre eux une perte de substance qui sera comblée par de nouvelles greffes, dans un second temps, pratiqué trois mois plus tard.

Pour terminer, l'auteur insiste sur la nécessité du contact aussi large que possible entre le moignon osseux et les greffons, pour obtenir un cal solide. P.V.

Ginestet (G.). — **Acquisitions récentes en chirurgie maxillo-faciale.** (*Bulletin d'Information du Service de Santé*, N° 6, 1944. — In *Revue de Stomat.*, avril 1945.

L'auteur montre les progrès réalisés en chirurgie maxillo-faciale depuis la guerre de 1914-1918 ; progrès dus aux acquisitions de la chirurgie générale, aux perfectionnements de l'instrumentation et aussi à l'expérience acquise par les chirurgiens maxillo-faciaux. Il insiste particulièrement sur les procédés nouveaux de plasties cutanées : greffes libres de peau totale, lambeaux tubulés, ou mieux dits cylindriques, lambeaux doublés, donnant pour chaque variété les indications et la tecnique de l'emploi.

Pour les pertes de substance muqueuse, il expose la méthode des greffes libres cutanées dermo-épidermiques. Enfin, pour le comblement des pertes de substance osseuse, sans nier la valeur des greffes ostéo-périostiques, il montre tous les avantages de l'emploi du greffon d'os total, à la manière d'Albec et il en précise les conditions et les résultats.

Enfin, l'auteur insiste sur l'importance, au cours de ces traitements particulièrement longs, de l'unité de doctrine, des équipes à qui le blessé se trouve confié. P.V

Récamier (J.). — **Sur le traitement du bec-de-lièvre et de la division palatine.** (*Concours Médical*, N° 29, 1945).

L'auteur de cet article ayant eu l'occasion d'observer en un temps rapproché, trois erreurs commises, en toute bonne foi, par divers praticiens, erreurs ayant causé aux malades des dommages irréparables, pense que les conditions du traitement des becs-de-lièvre et divisions palatines ne sont pas encore suffisamment connues de tous et juge indispensable de les rappeler.

Voici, selon lui, les principales actions utiles à connaître par les praticiens :

1° Le bec-de-lièvre ne doit pas être opéré d'urgence à la naissance ;

2° Toute opération osseuse est nuisible ;

3° La lèvre doit être opérée à six semaines, le palais à dix-huit mois, le nez à quinze ans ;

4° Amygdales et végétations doivent être respectées avant et après l'opération ;

5° La rééducation de la parole améliore beaucoup la phonétique, elle doit être pratiquée systématiquement chez les enfants ;

6° Un adulte non opéré de division palatine est plus amélioré par un appareil prothétique que par l'intervention chirurgicale ;

7° On ne trouve aucune preuve que ces malformations soient d'origine hérédo-syphilitiques ;

Le redressement des dents, qui est toujours nécessaire, doit être entrepris dans le jeune âge : huit à dix ans.

Pour remédier aux échecs opératoires, la prothèse rend de grands services.

P. V.

Crow (P. A.). — **Une femme hémophile** (*British Dental Journal*, N° LXXIX-1-1945).

L'auteur rapporte l'observation suivante très intéressante et en profite pour rappeler l'étude et les conclusions d'Armstrong Davison sur l'hémophilie.

Une jeune femme de 20 ans se présente pour l'extraction d'une deuxième prémolaire inférieure mais en déclarant qu'elle est hémophile, ainsi que son père. Il lui fut objecté que normalement la maladie se rencontrait seulement chez les hommes, mais qu'elle se transmettait par les femmes ; la patiente insista en disant qu'elle était au courant de la chose mais que, cependant, elle était elle-même hémophile.

Un traitement préventif fut donc institué avec du lactate de chaux pendant une semaine, puis l'extraction faite avec le minimum de dégâts muqueux. Aussitôt hémorragie importante qu'il fut très difficile d'arrêter. Tour à tour on employa la compression avec essence de térébenthine, avec gaze adrénalisée, avec l'acide tannique sans résultats, seule une compression avec venin de vipère amena l'arrêt définitif de l'hémorragie.

A ce propos, l'auteur rappelle les conclusions d'Armstrong Davison sur cette question :

« En réalité, la maladie peut être transmise aussi bien par les mâles que par les femelles en strict accord avec les lois mendéliennes. En effet, lorsqu'une femelle transmetteuse épouse un mâle normal, les chances sont (si le nombre des descendants est suffisant) pour que la moitié des enfants mâles soient des hémophiles et la moitié des enfants femelles des transmetteuses. Si un mâle hémophile épouse une femelle normale, tous les enfants mâles seront normaux et tous les enfants femelles transmetteuses. Si d'autre part un mâle hémophile épouse une femelle transmetteuse, la première génération sera composée de mâles normaux et de mâles hémophiles en proportions égales, et de femelles normales et femelles hemophiles également en proportions égales. Ainsi une femme hémophile n'est pas un phénomène extraordinaire mais, au contraire, le résultat naturel, quoique forcément rare, des lois de l'hérédité. »

P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mai 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr Delibéros, qui donne la parole au Dr R. Mollinedo, docteur ès sciences de l'Université de Paris, assistant à la Faculté de Médecine, assistant à la Clinique des Maladies cutanées et syphylitiques de l'Hôpital Saint-Louis, pour sa communication sur : *Le diagnostic précoce de la Syphilis est-il possible* ?

Après un rappel des processus de multiplication des Spirochètes (isotypie et anisotypie), l'auteur indique la technique de prélèvement et la méthode d'imprégnation argentique utilisées pour la recherche du granule spirochétogène. Le diagnostic précoce de la syphilis peut être posé avec certitude, par un investigateur ayant une certaine pratique, dans les cas de syphilis primo-secondaire sans lésions cliniques apparentes (ponction ganglionnaire) et dans les cas de syphilis tertiaire quand les réactions sérologiques demeurent négatives.

Prennent part à la discussion : Drs Laurian et Solas.

La parole est donnée au Dr Laurian qui nous parle d'un *Trés volumineux kyste corono-dentaire du maxillaire supérieur.* — Il s'agit d'un malade, venu à la consultation le 14 janvier 1946, ayant une augmentation volumineuse de la région jugale droite. L'examen intra-buccal révèle une tuméfaction du sillon gingivo-jugal droit qui est comblé par une masse fusiforme molle et fluctuante.

Après une petite radio intra-buccale, l'intervention est faite sous anesthésie locale.

La première prémolaire et les deux molaires, indemnes de toute carie, sont extraites et permettent de découvrir la dent de sagesse incluse en position horizontale. La cavité s'étend jusqu'à la région ptérygo-maxillaire. La cavité montre une perforation ovalaire du plancher du sinus avec destruction de la muqueuse et communication sinuso-buccale.

Actuellement, la brèche opératoire est largement comblée. Il persiste encore une plaie ovalaire qui pourra être fermée par autoplasie.

Si l'auteur nous a rapporté cette observation, c'est qu'il désirait insister sur quelques points particuliers qui nous intéressent. L'examen radiographique insuffisant faisait penser à un simple kyste para-dentaire de dimensions moyennes ; ce n'est qu'au cours de l'intervention, que la découverte de la dent de sagesse incluse en position horizontale amena l'auteur à considérer ce kyste comme dentigène. Donc, nécessité de pratiquer plus souvent des examens radiographiques extra-buccaux en dehors des plaques intra-buccales.

Le diagnostic positif et le diagnostic d'intervention étant bien posés, on ne saurait être trop prudent. Notre devoir est d'adresser à nos Maîtres, dans leurs Services hospitaliers, les cas cliniques qui débordent notre zone d'intervention habituelle.

Ce cas était à la limite de nos possibilités dans un service comme celui de notre école.

Le Dr Roy prend part à la discussion.

La parole est donnée au Dr Aye pour sa communication : *A propos d'un kyste corono-dentaire opéré avec conservation de la dent causale.* (Présentation de malade).

L'auteur insiste particulièrement sur le fait qu'il s'agit d'un enfant de 10 ans. Une lésion provoquant l'ablation d'une ou plusieurs dents permanentes et une grosse perte de substance aurait des conséquences désastreuses : arrêt du développement de l'hémi-maxillaire intéressé, déviation de la face, rupture complète de l'équilibre articulaire.

Le Dr Aye avait songé à appliquer la méthode de l'Américain Russel, qui consiste à draîner la paroi kystique avec un drain de caoutchouc spécial, mais nous étions en 1943, et les circonstances ne permettaient pas de suivre l'enfant. L'intervention chirurgicale fut donc décidée.

Après l'extraction de la dent temporaire, la paroi kystique fut facilement clivée et méchée. Les suites opératoires furent normales.

L'intervention a permis de conserver la prémolaire.

Cette observation confirme : qu'en présence d'un kyste corono-dentaire, la conservation des dents permanentes même problématique doit être tentée.

Prennent part à la discussion : Drs Roy, Laurian.

Le Dr Delibéros nous présente ensuite un fait de pratique courante : *Cas difficile d'appareillage du haut chez un malade dont la disproportion entre l'arcade inférieure complète et l'arcade supérieure édentée, oblige à envisager l'établissement d'une gouttière du maxillaire inférieur.*

MM. Pierson, Laurian et Rivault prennent part à la discussion.

La séance est levée à 11 h. 30.

Le Secrétaire général : M. Rivault.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 15 mars 1946

Présidence du Dr M. Rachet

M. Deridon présente *Un cas de deux molaires surnuméraires au niveau d'une dent de sagesse.* M. le Dr Roy et M. Vabois argumentent la question.

Communication de M. Rigault, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, Chef de service de prothèse maxillo-faciale à la Clinique O. R. L. de la Faculté de Médecine de Paris. — *Notions générales indispensables à tous les praticiens de l'art dentaire pour le traitement des urgences maxillo-faciales.*

Par urgences maxillo-faciales, M. Rigault entend nous entretenir des fractures de maxillaire banales, celles que nous sommes le plus susceptibles de rencontrer en pratique courante. Après l'examen clinique et radiographique sous diverses incidences, le traitement comprend trois temps :

1° la désinfection buccale indispensable afin d'éviter les risques d'infection du trait de fracture ;

2° la réduction par traction lente et continue par élastiques sur axes à boutons ou ligatures d'Ivy améliorées ;

3° la contention, qui maintient les fragments en bon articulé pendant la consolidation, sera de préférence monomaxillaire, le blocage intermaxillaire n'étant utilisé qu'en cas d'absolue nécessité.

Les moyens de contention seront, selon les cas, la fronde, les arcs ligaturés, la ligature en échelle et les gouttières.

Ces moyens de réduction et de contention sont réalisables sans matériel spécial, avec ou sans la collaboration d'un prothésiste permettant à tout praticien d'obtenir la consolidation d'une fracture simple de pratique courante.

Le Dr Roy, M. Fourquet, M. Dupont et deux autres membres argumentent la communication de M. Rigault, lui faisant préciser la méthode de prise d'empreinte ainsi que la possibilité d'appareiller un édenté complet.

M. le Dr Gabarro, de la Faculté de Médecine de Barcelone, chirurgien de l'Hôpital d'urgence Bagulez à Manchester présente sa communication sur : *La chirurgie plastique en stomatologie. Traitement des fistules buccales importantes. Greffe du maxillaire inférieur par inclusion d'os fragmenté.*

Le Dr Gabarro expose les raisons qui ont conduit au choix de l'os spongieux et de sa fragmentation : la nécessité de multiplier les surfaces de contact avec le milieu interne pour obtenir une meilleure nutrition des fragments. La contention du nouvel apport osseux en bonne position sera facile grâce à des appareils de prothèse lorsque le malade possède encore des dents qui serviront de points d'appui. Dans ce cas, la méthode consiste à utiliser les appareils que portait le patient en y fixant des guides et des aiguilles qui permettent un contrôle externe de la position du maxillaire. Cependant il se produit des nécroses osseuses au niveau des points d'implantation des aiguilles que l'emploi de métaux électro-inoxydables peut éviter. Autre inconvénient, les hémorragies qui sont particulièrement difficiles à tarir.

Le Dr Gabarro présente ensuite plusieurs cas de fistules qu'il a réparées avec de brillants résultats. Fistules buccales, palatines et fistules de gastronomie traitées par lambeaux pédiculés.

La séance est levée à 24 heures.

Le Secrétaire des Séances : Jean Deltour.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 9 avril 1946

M. Cabrol. — *Technique de la prise d'empreinte en vue de la construction d'un appareil palatin à voile rigide.*

Cette empreinte doit se prendre en deux temps : 1° Empreinte du palais, dur au plâtre, ce qui permet de construire une plaque, partie antérieure de l'appareil ; 2° Empreinte du cavum à la cire. La cire est montée sur un appendice adjoint à la partie postérieure de la plaque construite.

M. Cabrol. — *Deux observations de gingivorragies révélatrices d'hypertension artérielle.*

Médecin Lieutenant-Colonel G. Ginestet et Médecin Commandant Portalier. — *Appareils prothétiques pré- et post-opératoires des communications bucco-sinusales et bucco-nasales.*

Les auteurs présentent deux appareils prothétiques, l'un destiné au traitement pré-opératoire des communications vestibulaires, l'autre au traitement post-opératoire des communications palatines ou alvéolaires (appareil à cuvette).

Ils estiment que les nombreux succès qu'ils ont obtenus sont dus, pour une part, à ces appareillages, aussi bien qu'à la minutie des soins pré- et post-opératoires.

M. Péri (Alger). — *Utilisation simultanée d'une anse trans-osseuse et d'une fixation externe dans le traitement de certaines fractures du maxillaire inférieur.*

L'auteur rappelle la technique décrite en 1927, par Lenormand et Darcissac pour la contention de fragments postérieurs (branches montantes) dans les fractures de l'angle ou retro-dentaires. Dans certains cas, Péri adjoint au dispositif précédent, une fixation externe selon le procédé de Bercher et Ginestet. Deux observations illustrent cette présentation. Dr Robert Vrasse.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 12 février 1946

Ont été présentées les communications suivantes :

M. Gaussen. — *Sur les possibilités d'organisation des services de stomatologie dans la marine et les troupes coloniales.*

L'auteur signale la nécessité de l'organisation des services de Stomatologie de la Marine et des Troupes Coloniales en envisageant la création d'un corps de dentistes d'active et d'une école de mécaniciens-dentistes auxquels on devrait adjoindre des Centres coloniaux pour la formation de Médecins et de Dentistes indigènes.

M. Benoit. — *Sur un cas d'inclusion de la 2e molaire et de la dent de sagesse inférieure gauche.*

L'auteur pense qu'il s'agit d'un cas d'inclusion secondaire consécutive à l'évolution ectopique de g8.

* * *

Séance du 12 mars 1946

Ont été présentées les communications suivantes :

MM. Dubernard et Casanova. — *Sur un cas de tabès buccal primitif.*

Les auteurs présentent l'observation d'un malade de 68 ans, vieux syphilitique, présentant un tabès atypique qui se révéla par deux perforations palatines symétriques suivies de vastes destructions osseuses sinuso-nasales qui furent heureusement influencées et guéries par un traitement anti-syphilitique.

M. Dubernard. — *Ostéite typhique grave du maxillaire supérieur droit et du maxillaire inférieur gauche. — Considérations sur le traitement des nécroses osseuses par la pénicilline.*

L'auteur présente une malade de 32 ans qui fut hospitalisée pour une typhoïde, au cours de laquelle elle fit des accidents nécrotiques alvéolaires qui, en même temps que l'état général, s'aggravèrent rapidement malgré de multiples extractions dentaires. Un traitement local à la pénicilline fut entrepris qui amena une amélioration et la guérison, avec, comme sequelles, une vaste destruction osseuse naso-palatine.

MM. Coiquaud, L. Laval et Y. Coiquaud. — *Phlegmon du plancher de la bouche par blessure de guerre.*

Les auteurs présentent l'observation d'un blessé qui, ayant reçu une balle dans la région génienne, semblait guérir sans complication de sa blessure lorsqu'éclatèrent des accidents inflammatoires qui aboutirent à la formation d'un phlegmon sous-maxillaire qui nécessita une intervention de débridement qui amena la découverte d'une balle de Mauser logée dans le plancher buccal. La persistance d'une fistule qui ne se tarit qu'après l'avulsion de dents délabrées et de multiples débris radiculaires fit penser à l'origine septique transdentaire de ces accidents et que révéla la présence du corps étranger.

MM. Dubecq et Niervèze. — *Sur un cas de polyodontie de la région incisive du maxillaire supérieur : mésiodens.*

Les auteurs, à propos de ce cas, se demandent si ces anomalies multiples ne font pas partie d'un syndrome dysmorphique plus général de la région antérieure du massif maxillaire supérieur.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Une Ordonnance n° 45.2407, du 18 octobre 1945, a légiféré sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'écudation de tous ordres.

Cette ordonnance ne semblant pas avoir attiré l'attention des professions médicale et dentaire, nous avons pensé devoir en publier le texte intégral, la Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire du Ministère de l'Education Nationale poursuivant actuellement la mise en application d'urgence des dispositions de cette ordonnance.

Etant donnée la longueur du texte, nous sommes dans l'obligation de n'insérer le commentaire qu'il provoque, que dans notre prochain numéro.

A, Audy.

ORDONNANCE N° 45-2407 DU 18 OCTOBRE 1945
sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

EXPOSÉ DES MOTIFS

La protection de la santé des enfants soumis à l'obligation scolaire préoccupe, depuis longtemps, le législateur et l'hygiéniste. Déjà, en 1793, un décret proposé à la convention nationale par Sieyès, Daunou et Lakanal prévoyait qu'un officier de santé du district « visite dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales.... examine les enfants et indique, en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé ». Ce texte ne fut pas appliqué.

De 1833 à 1887, des lois et décrets reconnaissent la nécessité de rémunérer les « médecins inspecteurs communaux ou départementaux». Toutefois, le contrôle de l'état de santé des écoliers est demeuré facultatif. Il ne relève que des collectivités locales.

Sa centralisation et son caractère obligatoire sont cependant jugés désirables et font notamment l'objet d'un projet de loi présenté par M. Herriot en 1928, et d'un rapport établi par M. Paul Strauss, au nom de la Commission de l'Hygiène, de l'Assistance, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales du Sénat en 1933.

Ces dispositions ont été reprises par l'acte dit loi du 13 août 1943, qui a posé l'obligation de l'examen médical de tous les élèves fréquentant les établissements d'enseignement, mais qui, par ailleurs conservait dans ses grandes lignes l'organisation existante. Cette loi n'a reçu toutefois aucun commencement d'exécution, ses décrets d'application n'ont pas paru et son texte même ne saurait être retenu.

En fait, les services d'inspection médicale scolaire ont fonctionné depuis de nombreuses années, d'abord dans quelques départements, puis dans la quasi-totalité d'entre eux, ainsi que dans les grandes villes où l'inspection se faisait dans le cadre municipal.

A la vérité les résultats obtenus ont été très variables du fait de la diversité des organisations, de l'absence de méthodes uniformes, notamment en matière de personnel médical.

Le moment semble venu d'unifier les activités dont l'utilité n'est plus contestée et qui sont entrées dans la pratique. Il convient de substituer à l'acte dit loi du 13 août 1943 un texte organique qui insère le contrôle médical scolaire dans l'ensemble cohérent des mesures prises pour protéger la santé de la population.

Le Ministre de la Santé Publique, à qui incombe la protection sanitaire de toute la nation, a estimé que la population scolaire doit être protégée dans le cadre des établissements d'enseignement, c'est pourquoi les services chargés de cette mission relèvent du Ministre de l'Education Naticnale, étant entendu que le Département de la Santé publique exerce sur leurs activités un droit de regard et leur donne des directives d'ordre technique.

Au moment où l'enfant viendra à être soumis à l'obligaticn scolaire, une visite médicale sera obligatoirement pratiquée en vue de déceler les tares et prédispositions morbides dont il pourrait être porteur et de le diriger vers l'établissement le mieux adapté. Ainsi, un bilan de la santé de tous les enfants sera établi à un âge où des mesures correctives peuvent être efficacement prises. Les observations faites s'inscriront sur le fascicule scolaire du carnet de santé individuel. Par la suite, des examens périodiques auront lieu pendant la durée de la scolarité, ainsi qu'un contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires et universitaires proprement dites.

A l'heure actuelle, ces visites sont effectuées dans les locaux scolaires souvent mal appropriés à cet objet spécial. Nous proposons de prévoir, en tant que besoin sera des centres d'examens mieux adaptés. Il ne s'agit pas, en règle générale, de créer des locaux nouveaux, mais d'utiliser rationnellement des locaux sanitaires déjà existants et susceptibles d'ailleurs de servir à la fois à toutes les activités médico-sociales. Des médecins spécialistes des affections mentales, des yeux, des oreilles, pourront être appelés périodiquement en consultation. Il paraît également urgent d'y préparer le dépistage et le traitement des affections bucco-dentaires.

Le contrôle médical ne serait pas efficace s'il n'était complété par le dépistage des maladies contagieuses, notamment la tuberculose, chez tous les membres du personnel. aussi bien les éducateurs que les membres du personnel de service, et même chez les sujets qui dans l'enceinte des établissements, vivent au contact des élèves et pourraient les contaminer.

L'institution d'un casier sanitaire des locaux scolaires, en vue d'un programme rationnel d'amélioration de leurs conditions hygiéniques, et la création d'un Comité consultatif d'Hygiène scolaire et universitaire répondent à des préoccupations de même ordre.

L'exécution de ce projet conduira beaucoup moins à des dépenses nouvelles qu'à un meilleur aménagement des crédits que l'Etat, les Départements et les Communes affectent à présent au contrôle médical scolaire, ainsi que des quote-parts perçues actuellement sur les familles d'élèves dans l'enseignement secondaire, dans l'enseignement technique et sur les étudiants dans l'enseignement supérieur.

En effet, il s'agit avant tout de substituer à des visites médicales et à des prescriptions dont l'observance est insuffisamment assurée une organisation plus efficace qui, utilisant les ressources de la technique moderne, s'articule solidement avec l'ensemble des mesures de protection de la santé de la population.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'urgence d'une telle tâche quand on connaît la gravité de la situation entraînée par la guerre, les privations et les souffrances de toutes sortes, ainsi que l'extension de la tuberculose.

En un moment où l'on peut dire sans exagération que toute l'enfance française est en danger, il incombe à l'Etat de prendre des mesures de réglementation pour que le contrôle médical scolaire dès à présent entré dans les mœurs, atteigne désormais son plain rendement.

* * *

Le Gouvernement Provisoire de la République Française,

Sur le rapport du Ministre de l'Education Nationale, du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, du Ministre de l'Intérieur, du Ministre de l'Economie Nationale et des Finances et du Ministre de la Santé Publique.

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944,

Vu l'ordonnance du 9 août 1944 portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, ensemble les ordonnances subséquentes,

Vu la loi organique du 30 octobre 1886, sur l'enseignement public (Art. 9 § 7),

Vu le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, titre II, Chapitre IX, section II, articles 143 à 150,

Vu l'urgence constatée par le Président du Gouvernement,

Le Conseil d'Etat (commission permanente) entendu,

Ordonne :

Article premier. — Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.

Des décrets pris en Conseil d'Etat fixeront la participation des familles et des collectivités publiques aux dépenses occasionnées par les examens médicaux périodiques des élèves des divers ordres d'enseignement.

Art. 2. — Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation, publics et privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements, sont obligatoirement soumis, périodiquement et au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses.

Art. 3. — Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de 5.000 habitants, et dans les communes qui seront désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires seront organisés pour les visites et examens prescrits aux articles 1er et 2.

Art. 4. — Il est créé un comité consultatif national d'Hygiène Scolaire et Universitaire, dont la composition et les attributions sont fixées par décret.

Art. 5. — Dans un délai d'un an à partir de la publication de la présente ordonnance, sera établi un casier sanitaire des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement et d'éducation tant publics que privés.

Art. 6. — L'application des mesures prévues aux articles 1er, 2, 3, 4 et 5 de la présente ordonnance sera assurée sous la direction et le contrôle des Services d'Hygiène Scolaire et Universitaire du Ministère de l'Education Nationale, dans le cadre d'un programme établi en accord avec le Ministère de la Santé Publique.

Ce programme devra notamment prévoir toutes mesures utiles pour éviter le double emploi des visites et examens prévus aux articles 1er et 2 ci-dessus avec toutes autres visites de médecine préventive organisées en application d'une disposition législative ou réglementaire.

Art. 7. — Indépendamment des sanctions disciplinaires qui seront fixées par décret, quiconque refusera de se soumettre aux prescriptions de l'article 2 de la présente ordonnance, ou quiconque en entravera l'exécution, sera passible d'une amende de 60 à 180 fr. et en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 200 à 1.200 fr. et d'un emprisonnement d'un jour à dix jours ou de l'une de ces deux peines seulement.

Les mêmes pénalités sont encourues par les personnes ayant la garde des enfants qui mettraient obstacle à l'exécution des prescriptions prévues à l'article 1er ci-dessus.

Art. 8. — Est constatée la nullité des actes dits lois du 3 août 1942, relative à l'organisation de la médecine préventive universitaire dans l'enseignement supérieur et loi du 13 août 1943 relative à l'organisation du contrôle médical de la jeunesse.

Toutefois sont validés les effets résultant de l'application desdits actes antérieurs à la publication de la présente ordonnance.

Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente ordonnance.

Art. 9. — Des décrets détermineront les modalités d'application de la présente ordonnance, et notamment les conditions d'organisation et de fonctionnement du service médical et du service social concernant la population scolaire. Ceux qui touche-

ront à des questions de doctrine médicale seront pris après avis de l'académie de médecine.

Des décrets détermineront également des sanctions disciplinaires applicables aux étudiants et élèves de l'enseignement supérieur en cas d'infraction aux dispositions de l'article 1er ci-dessus.

Art. 10. — Le contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires et universitaires sera assuré dans les conditions définies aux articles 1er et 3 de la présente ordonnance.

Art. 11. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 18 octobre 1945.

***

L'occupation et les difficultés de communications ont empêché la réunion d'une Assemblée générale de l'Association Générale des Dentistes de France depuis 1939.

Les déplacements étant devenus plus faciles, une Assemblée générale de l'A.G.D.F. se tiendra à Paris, le 20 octobre prochain ; nous prions dès maintenant les membres de notre Association de réserver cette date.

NOUVELLES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le concours d'Orthopédie dento-faciale annoncé dans notre numéro du mois de février 1946 a eu lieu à l'E. D. P. et MM. Liskenne, Gugny et Eissendeck ont été nommés professeurs suppléants.

EXPOSITION NATIONALE DU TRAVAIL

" Les Meilleurs Ouvriers de France "

M. Henri Villain, Président du Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris, vient d'être nommé, par décision du Ministre de l'Education Nationale, Président de la Classe 2 du Groupe XI de la VIe Exposition Nationale du Travail qui aura lieu à Paris, en 1948.

LE SECOURS DENTAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Les deux notes suivantes parues dans le *Journal of the American Dental Association*, montrent l'intérêt qui se manifeste aux Etats-Unis au sujet de la situation des dentistes français, relativement aux soins des militaires rapatriés.

Quatre Millions de Dents artificielles demandées pour la France. — Un urgent besoin de dents artificielles se fait sentir en France, afin de remettre en état les milliers de soldats actuellement rapatriés.

La Princesse de Polignac, représentante officielle de la Croix-Rouge Française, cherche de l'aide en Amérique sous forme d'équipements et de fournitures dentaires.

Elle a fait appel aux dentistes de ce pays pour qu'ils fournissent 4 millions de dents artificielles qui, expliqua-t-elle, « n'ont pas forcément besoin d'être neuves ou d'un type récent, car la nécessité en est si grande que même les sortes les plus anciennes seront les bienvenues ».

A la requête de Waldo H. MORK, président de la Société Dentaire de l'Etat de New-York, le bureau des Administrateurs de l'Association Dentaire Américaine, a autorisé le Bureau Central à recevoir les dons de dents artificielles pour les redistribuer aux endroits où elles manquent le plus.

LA CROIX ROUGE FRANÇAISE A UN BESOIN URGENT DE FOURNITURES DENTAIRES. — Depuis octobre, dentistes, magasins d'équipement dentaire et laboratoires dentaires ont procuré au Comité d'Aide Médicale et Chirurgicale pour la Croix-Rouge Française des fournitures dentaires d'une valeur de 17.000 dollars, comprenant 10.415 dollars, 16 de dents artificielles.

Par suite du manque d'instruments et de matériel, la profession dentaire française s'est trouvée presque désarmée dans sa lutte pour fournir les soins dentaires voulus aux millions d'hommes qui en ont besoin.

Tous ceux qui le peuvent sont instamment priés d'envoyer du matériel et particulièrement des dents de porcelaine et des daviers au Comité d'Aide Médicale et Chirurgicale, 420, Lexington Avenue, New-York City. C. J.

Mariages. — Le mariage de M. Cario, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Jeannette Lorée, pharmacien, a eu lieu le 24 avril à Saint-Brieuc.

Mme Guermonprez-Anevati, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du mariage de Mlle Simone Guermonprez, sa fille, avec M. Jacques Dougnac, chirurgien-dentiste à Millau (Aveyron), le 24 avril 1946, à Périgueux.

Le mariage de M. Jean-Louis Guitton avec Mlle Jacqueline Taquet, tous deux élèves à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu le 24 avril, à Paris.

Le mariage de Mlle Eliane Dejonkère, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Romain Carl, a eu lieu le 27 avril 1946 à Asnières.

Le mariage de Mlle Christiane Bruschera, fille de M. Bruschera, professeur et membre du Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. André Brothier de Rollières, a eu lieu le 2 mai 1946 à Paris.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — M. et Mme Foulatier, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur quatrième enfant, Elisabeth, le 22 mars 1946 à Saint-Amand (Cher).

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons appris le décès de M. Alphonse Créange, survenu à Paris, le 29 avril 1946, Il était Président d'honneur de la Chambre Syndicale des Négociants en fournitures dentaires.

Nos sincères condoléances.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI CRITIQUE SUR LE VOCABULAIRE SCIENTIFIQUE EN PARTICULIER DANS LES SCIENCES BIOLOGIQUES

Par M. le D^r L. SOLAS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 avril* 1946)

Ne dites rien à demi ; compléter, quelle peine !
Mais ne dites rien grossièrement : le vrai veut une expression pure.
Pensées de GŒTHE. (Xénies).

L'importance du vocabulaire dans l'échange des idées ne saurait être mise en doute. De sa précision, de sa richesse, dépend l'expression des nuances les plus subtiles. Les gens sans culture, au dire de ceux qui ont étudié leur langue, se contenteraient de quatre à cinq cents mots.

Au fur et à mesure que la culture s'accroît, le vocabulaire s'enrichit. Aux États-Unis, vers 1910, on considérait qu'un étudiant employait 1.500 mots et qu'un praticien cultivé arrivait à connaître environ 3.000 mots.

Les professions basées sur une culture scientifique étendue ont besoin, non seulement de connaître les termes scientifiques existants, mais encore, au cours des recherches, elles sont amenées à créer de nombreux néologismes. Cette création, œuvre de savants d'origine et de formation différentes, n'a, jusqu'ici, à part quelques exceptions dans des domaines limités (Anatomie, Zoologie, Botanique), pas été réglementée d'une façon stricte (13)

Il en résulte que certains termes proposés sont justement critiqués. L'usage finit quelquefois par leur donner droit de cité ; et la Science, qui s'enorgueillit de n'obéir qu'à la raison pure, accepte de garder dans son vocabulaire des mots que leur étymologie et leur forme devraient faire rejeter, parce qu'ils désignent d'une façon incomplète ou inexacte les idées, les faits ou les objets qu'ils doivent évoquer.

* * *

De temps à autre, quelques chercheurs, las d'employer indéfiniment des termes impropres ou des périphrases encombrantes, mettent un peu d'ordre dans cette production anarchique.

C'est ainsi que le D^r BLACK ayant été chargé d'un rapport au World's Columbian Dental Congress, en 1893, constatait : « que la nomenclature était indispensable aux progrès de toute science (36).

Que l'élaboration d'une nomenclature devait être l'œuvre de toute la profession.

En art dentaire, il n'existe, à cette date, aucune règle en vigueur, nulle part il n'a trouvé d'effort en vue de la systématisation. L'important est de construire un plan. Il a relevé les travaux de 2.965 auteurs avec 6.314 livres originaux.

Il suggère que le plan de la nomenclature soit le même dans plusieurs langues.

Que l'on emploie des mots venant du grec ou du latin chaque fois qu'il sera utile.

A défaut, prendre dans une autre langue.

Adopter des règles générales et spécifiques semblables à celles usitées dans les autres sciences.

Il conclut en demandant qu'une commission soit formée, qu'elle recueille des matériaux, enfin que la profession soit appelée à en discuter. »

Dans le même Congrès, nous relevons la communication de Mr GARRETT NEWKIRK, Chicago. « Nomenclature relative aux formes de l'arcade dentaire et aux positions spéciales des dents. » (75).

En 1895, le Dr GUILFORD présente un rapport de terminologie à l'American Dental Association (57).

En 1906, nous trouvons un important travail : « Nomenclature Prothétique », par G. WILSON, de Cleveland, Ohio ; *Dental Cosmos*, 1907 (95).

Il critique les compromis, pour raisons de préjugés, d'orgueil, d'euphonie, la philologie doit l'emporter. L'éducation doit se faire par les Ecoles, les auteurs, les journaux.

Il s'occupe spécialement du vocabulaire de la prothèse.

Depuis l'année 1906, de nombreux travaux concernant la nomenclature ont vu le jour aux Etats-Unis.

En 1914, c'est l'édition d'un glossaire des termes dentaires (45).

En 1918, le Comité de Nomenclature de la Société Américaine des Orthodontistes recommande un certain nombre de termes en majorité d'origine latine (43).

En 1919, M. Géo B. CLÉMENT demande que tous les mots techniques dentaires soient tirés du grec et du latin (42).

En 1920, la nomenclature fait l'objet d'un Editorial dans le *Dental Cosmos*.

En 1922, nouvel Editorial dans le *Dental Cosmos* : l'Association Dentaire Nationale nomme un Comité de Nomenclature dont M. PIERCE ANTHONY sera le président et l'animateur. Ce Comité sera permanent.

En 1925, le Comité de Nomenclature de l'American Dental Association rend compte de ses travaux (80).

En 1930, le Comité fait paraître la *Dental Terminology*, petit livre inspiré des travaux du Congrès Anatomique de Bâle, en 1895. Tous les termes anglais sont traduits en latin (79).

M. Pierce ANTHONY fait ressortir que les travaux du Congrès d'Anatomie de Bâle, en 1895, ont permis de réduire le nombre des termes de plus de 30.000 à moins de 5.000.

Le dépouillement des journaux américains nous permet de constater que les questions de nomenclature et d'étymologie sont à l'ordre du jour et qu'elles sont traitées avec tout le sérieux qui convient.

Les Comités de Nomenclature se multiplient.

En 1931, Pierce ANTHONY fait paraître trois figures anatomiques dans le *Dental Cosmos*, avec de nombreuses légendes latines désignant les particularités anatomiques (80).

En 1933, M. V. HADERUP, de Copenhague : « Nomenclature dentaire », propose un nouveau mode de notation pour les dents permanentes et temporaires (58).

M. P. HYATT : « Terminologie en Dentisterie infantile », s'élève contre l'emploi du mot temporaire et contre l'expression « dent de six ans. » (62).

En 1934, le Comité de Nomenclature de l'A. D. A. annonce la Fondation de l'Association Internationale de Recherche pour le Traitement de la Pyorrhée (A. R. P. A.) (81).

Les premiers travaux de cette Association ont pour but de remplacer le mot « Pyorrhée » par un néologisme plus satisfaisant.

En France, de nombreux auteurs se sont intéressés à la Nomenclature. Nous relevons, en 1908, M. CHOQUET (Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris) : « Etude comparative des dents humaines dans les différentes races » ; se plaint de l'imprécision des termes employés par les auteurs allemands en anatomie dentaire : Lange, au lieu de mésio-distal ; Breite, au lieu de jugo-lingual ou jugo-palatin (41 *bis*).

En 1908, également, nous relevons deux interventions de M. le Dr AMOEDO sur l'infidélité des traductions d'anglais en français.

Des confrères se plaignent de ne pouvoir bien comprendre les travaux de BONWILL, de CHRISTENSEN, de WALTER, de SPENCER.

« Les traductions disent parfois le contraire de ce qui a été avancé par l'auteur. » (31 et 32).

La pensée de TOMES aurait été déformée dans la traduction française de son Anatomie Dentaire.

En 1909, 1910, 1911, 1912, de nombreuses communications à la Société d'Odontologie, des rapports sont publiés relativement à la classification en orthopédie dento-faciale par MM. Dr FREY, G. VILLAIN, Dr DE NÉVREZÉ, Dr R. LEMIÈRE. (53), 53 *bis*), (54), (66), (71), (72), (73), (74), (89), (90), (91), (92), (93).

En 1910, M. le Dr P. ROBIN public, dans la *Revue de Stomatologie*, un système de représentation des anomalies maxillo-dentaires. Il emploie des lettres latines et grecques et des signes algébriques. La combinaison de ces divers éléments aboutit à l'obtention de formules semblables à des équations algébriques. L'auteur se sert de ces équations pour obtenir des représentations graphiques assez complexes, mais qui frappent la mémoire visuelle.

Nous devons retenir que le Dr ROBIN s'efforce ainsi de rendre la langue scientifique internationale (83), 84).

En 1910, M. le Dr SIFFRE termine son exposé au Congrès de l'A. F. A. S., à Toulouse (séance commune aux sections d'Anthropologie et d'Odontologie), « La denture préhistorique », par le post-scriptum suivant : « Il est indispensable de constituer une commission chargée de créer une terminologie afin de bien nous comprendre ». Puis, il fait le procès des mots qui, dans chaque section, sont employés (85).

En 1911, M. le Dr FREY, dans sa « Critique de la Terminologie d'Angle », écrivait : « Avec une pareille base de classification (préfixes erronés, un radical qui confond les dents et l'arcade alvéolaire), nous ne pouvons que constater pour les cas cliniques plus ou moins complexes un langage qui sort mal, ne rend pas l'idée de son auteur. » (53 *bis*).

En 1910, M. le Dr BOZO, à propos « d'un cas de protusion du maxillaire supérieur avec rétrusion du maxillaire inférieur » présente une application du mode de classification proposé par M. le Dr P. ROBIN (39).

En 1911, présentation du mot buccal par MM. les Drs DIEULAFÉ et HERPIN, dans le sens de palatin ou lingual ; la même année, M. le Dr GIRES indique les raisons qui lui font rejeter le mot buccal (49), (55).

En 1914, M. le Dr BOZO : « Etude Critique des Classifications en Orthodontie », conclut en déclarant préférer pour le moment les idées de C. CASE qui lui paraissent les plus utiles (40).

En 1929, le Dr IZARD, dans son Traité d'Orthodontie, publie un long

chapitre sur les diverses classifications et nomenclatures en Orthopédie dento-faciale. C'est un travail critique très documenté et très complet (63).

En 1937, M. EYHEREMENDY propose un nouveau terme pour remplacer l'expression « Pyorrhée alvéolaire » (52). Il suggère le terme « Odontokiliose », il se livre, à ce propos, à une discussion linguistique très approfondie. L'article de M. EYHEREMENDY provoque en réponse, dans *L'Odontologie*, un long commentaire de M. le Dr DREYFUS : « La Tour de Babel ». L'auteur s'inquiète de l'apparition de termes nouveaux et peu familiers aux habitudes acquises (50).

* * *

Ces initiatives sont malheureusement sporadiques. La science continue à faire de nouveaux progrès, les néologismes recommencent à s'accumuler et l'usage faisant loi, sanctionne des mots qui eussent gagné à être mieux examinés avant d'être lancés dans la littérature scientifique.

En France, on ne peut guère parler de vocabulaire scientifique avant le XVIe siècle. Les savants n'écrivaient pas en langue vulgaire, tous les ouvrages scientifiques étaient latins.

Dans le Dictionnaire de M. VAN DAELE, qui reproduit les termes employés aux XIVe et XVe siècles (avant Villon), on ne trouve, en ce qui nous concerne, presque aucun mot qui réponde à des préoccupations d'ordre scientifique. En anatomie, environ une trentaine de mots, tels que : Talon, Poing, Sein, Œil, Jambe, Dent, c'est-à-dire de pure morphologie banale (10).

Quelques mots d'anatomie interne : Os, Nerf, Poumon, Rein, etc...

La physiologie est rudimentaire : Sang, Larme, Géniteur, Haleine, etc...

La pathologie est représentée par : Apostume, Migraine, Moignon, Plaie, Peste, etc...

La thérapeutique par : Colire, Emplâtre, Girofle, Safran, etc...

En résumé, sur 120 mots environ de la langue française des XIVe et XVe siècles, touchant aux phénomènes biologiques, presque tous sont du domaine absolument général et l'on aurait beaucoup de peine à écrire un article scientifique, même très élémentaire, avec ce piètre bagage.

En 1490 et 1503, paraît un ouvrage véritablement scientifique, écrit en français, c'est la *Chirurgie*, de Guy DE CHAULIAC, ou *Guidon*, en français. Dans cet ouvrage, près de 75 mots sont de véritables mots scientifiques (22).

Presque tous ces mots sont tirés du latin, quelquefois francisés, quelquefois employés tels, comme : Pubis, Speculum, etc...

Quelques mots sont pris du grec, sans changement, exemple : Anthrax.

Les œuvres d'Ambroise PARÉ (24) ont été écrites en français, traduites ensuite en latin, par GUILLEMEAU, et relevés dans le Dictionnaire Etymologique de M. DAUZAT (6), on trouve environ 175 mots scientifiques qui apparaissent, pour la première fois, dans la langue française écrite.

58 % environ sont d'origine latine ;

33 % environ sont d'origine grecque.

D'autres dictionnaires, tels que celui de Th. CORNEILLE, paru en 1694, nous font assister au développement du vocabulaire scientifique.

Avec les progrès en Anatomie, en Physiologie, en Pathologie, en Thérapeutique, le vocabulaire s'accroît. L'invention du microscope, en 1590, par les Hollandais Hans et Zacharias JANSSEN, a permis à LEEUWENHOEK et Louis HAMM, en 1677, de découvrir une série (21) d'éléments anatomiques (hématies nucléées, spermatozoïdes), inaugurant une nouvelle science, l'histologie qui, depuis cette époque, a enfanté un volumineux vocabulaire.

Il serait facile de multiplier les exemples.

Chaque progrès scientifique a été le facteur d'apparitions de néologismes.

*
* *

Depuis l'époque d'Ambroise Paré, les sciences biologiques se sont développées dans une telle proportion, se scindant, se compartimentant, que de véritables langages séparés se sont formés, un naturaliste, un médecin, un vétérinaire, un dentiste, lorsqu'ils traitent de questions spéciales, ne se comprennent pas toujours facilement et immédiatement. Dans l'intérieur même de la profession médicale, les spécialistes dont les travaux sont les plus récents, créent chaque jour un vocabulaire qui, s'il n'est pas hermétique pour les spécialités voisines, risque fort de décourager les auditeurs et les lecteurs qui ne sont pas familiers avec les racines grecques et latines.

M. Jean Rostand, citant un passage d'une relation scientifique de MM. Schultz et Bridges, dans l'*American Naturalist*, conclut en ces termes :

« Une langue nouvelle, une nouvelle façon de s'exprimer et presque de penser, a dû naître, imposée par les besoins d'une nouvelle science. L'extrême complexité et l'extraordinaire précision des résultats génétiques les rendaient aussi informulables dans le langage de tout le monde qu'une discussion de mathématiques transcendantes. » (15).

Qui pourrait soutenir que la génétique ne nous intéresse pas directement et que partant, son vocabulaire ne nous importe pas.

L'interpénétration des diverses branches scientifiques est indispensable, non seulement dans l'intérêt de la culture personnelle de chacun de nous, mais encore au progrès scientifique.

Un bon praticien peut, dans une certaine mesure, se désintéresser des sciences dont il n'a pas un emploi immédiat, mais un chercheur est obligé de regarder par-dessus le mur voisin, il évitera souvent de passer de longues années à redécouvrir ce qui a été inventé sous une forme voisine. Chacun tirera bénéfice de la confrontation des méthodes de travail et des résultats obtenus.

En ce qui concerne notre profession, peut-on expliquer autrement que par le manque de contact, le fait que l'emploi des métaux coulés est relativement récent, alors que le procédé de la cire perdue est connu depuis la plus haute antiquité (96).

*
* *

Nous devons donc nous efforcer de tout mettre en œuvre pour favoriser le contact entre les savants. La condition essentielle est qu'ils se comprennent, c'est-à-dire qu'ils parlent le même langage.

Depuis longtemps, des hommes ont cherché à unifier le langage scientifique.

Un de ceux qui y ont le plus contribué et auquel nous devons rendre un juste hommage est Charles de Linné. Ses classifications utilisant la langue latine, développant et souvent créant le latin zoologique de compréhension universelle ont marqué leur forte empreinte sur la science actuelle.

En 1875, un Congrès International, réuni à Bâle, a fixé les termes anatomiques. Le latin a été choisi. Nous pouvons regretter qu'alors que les pays de langue anglaise et germanique emploient ces termes dans leur enseignement, les Français n'aient pas suivi ces excellentes directives. Un médecin des Etats-Unis aura quelque peine à retrouver dans les mots « Moyen Fessier », le « Gluteus medius » de son traité habituel. Il n'est pas indifférent que nous puissions être compris facilement.

L'expansion intellectuelle et culturelle est liée, dans une certaine mesure, à de petits détails de cet ordre. A défaut d'un ouvrage français de lecture fatigante, craignons que l'on préfère un texte plus assimilable.

Les travaux de Linné, ceux du Congrès de Bâle, sont des œuvres de

grand mérite, mais ils sont insuffisants au regard de tout le vocabulaire scientifique, et surtout ils ont un grave défaut, qui n'est du reste pas imputable à leurs auteurs, ils ont vieilli.

De nombreuses découvertes ont apporté des mots nouveaux ; le vocabulaire de LINNÉ était latin, et cependant la bactériologie moderne utilise des mots grecs tels que Leptothrix (26), et à ce mot grec on voit associer des qualificatifs latins : Leptothrix racemosus !

En réalité, la formation des néologismes n'est soumise à aucune règle formelle. Tout au plus peut on remarquer que tout le monde semble d'accord pour condamner les mots formés de racines appartenant à deux langues différentes ; exemple : Automobile, mi-grec, mi-latin ; Centimètre, Celluloïd, etc...

On peut souligner également que l'on s'adresse aux langues mortes, grecque et latine, avec une forte tendance à employer de plus en plus le grec.

Dans l'excellent livre du Professeur H. ROGER : « Introduction à l'étude de la Médecine », la table analytique et étymologique contient plus de mille mots. Plus de 62 % sont d'origine grecque ; 33 % environ d'origine latine. Quelques-uns d'origines diverses : anglaise, allemande, etc... (26).

Si l'on se souvient que dans le vocabulaire scientifique d'Ambroise PARÉ, la proportion était de 58 % de latin contre 33 % de grec, la tendance actuelle semble bien évidente (6).

*
* *

Lorsqu'un néologisme se présente au lecteur pour la première fois, le réflexe immédiat est qu'il en examine la construction : la morphologie. Ce n'est qu'ensuite qu'il cherche à en comprendre la signification.

L'examen de la morphologie comporte immédiatement un premier classement : le mot est dérivé ou composé (4).

Mot dérivé, il comprend une racine suivie d'un suffixe.

Mot composé, il comprend, en général, ou deux racines ou un préfixe suivi d'une racine souvent complétée elle-même par un suffixe (mot à la fois composé et dérivé).

Il semble donc, d'après ce rappel, volontairement très succinct des règles de la dérivation et de la composition des mots, qu'il doit être relativement facile de procéder à l'opération inverse, véritable dissection.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : les préfixes, les suffixes et les racines sont souvent transformés dans leur nouvel état au point de ne plus être reconnaissables. Les exemples abondent. Il est difficile de retrouver que dans le mot *Miocène* (12) se trouvent à l'origine les racines μείων, moins, et Καινός, récent, que dans le mot *Miopragie* (26) se trouvent les racines μείων, moins, et πράσσω exécuter. Il est embarrassant de constater que la racine λεῖος, lisse, devient Leio dans Leiomyome, mais Li dans Lientérie (23). La racine καλός, beau, commence par C dans calligraphie et par K dans Kaléidoscope (10 *bis*).

῞Ολος, entier, s'écrit avec un H dans Holocauste, avec un O dans Olographe. τοῖχος, muraille, donne Toechodonte.

χείρ et 'έργον donnent chirurgie. On trouve épiglotte et glossaire dérivés l'un d'une racine classique Γλῶττα, l'autre d'une racine attique, Γλῶσσα (10 *bis*).

Un certain nombre de ces transformations déroutantes pour le lecteur sont dues à la méconnaissance voulue ou involontaire des règles de la grammaire grecque.

La rencontre des voyelles et des consonnes donne lieu à des accommo-

dations, assimilations, élisions, qui sont soumises à des lois précises dans la langue originelle en latin et surtout en grec. Avec un peu d'application, nous pouvons apprendre ces règles, mais il nous faudra renoncer à comprendre une création anarchique. Il est impossible dans un article volontairement limité de s'étendre sur la morphologie des néologismes, les quelques exemples cités ci-dessus n'ont d'autre objet que de souligner l'imperfection fréquente des formes.

Le deuxième réflexe du lecteur, à supposer qu'il ait réussi à décomposer le mot nouveau, c'est d'en comprendre le sens et là encore tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des vocabulaires.

Lorsqu'il aura la chance de trouver un mot directement adapté du grec comme Diabète de διαβητης (1) tout ira bien ; avec les mots simplement dérivés tels que Dermatose, Stomatite, Bronchite, la connaissance rapidement faite des suffixes le tirera rapidement d'embarras.

Nous avons parlé plus haut des réalisations en vue de codifier et d'internationaliser le langage scientifique.

La Zoologie, en particulier, s'en tenant fidèlement aux principes posés par Ch. DE LINNÉ, en 1751, pour la Botanique, et en 1758 pour la Zoologie s'est occupé spécialement de nomenclature dans plusieurs Congrès Internationaux. Le sixième Congrès, tenu à Berne, en 1904, a fixé les règles de la nomenclature zoologique internationale (13).

Le latin choisi par Ch. DE LINNÉ reste la langue officielle, tous les mots anciens ou nouveaux, étrangers au latin, sont latinisés.

Des règles spéciales ont été fixées pour la transcription des nombreux mots grecs.

Les classifications animales ne nous intéressent pas directement, mais les zoologistes font autre chose que d'établir des classifications, leur science progresse, toute la Biologie fait partie de leur champ d'activité et naturellement la formation de néologismes s'est imposée.

Beaucoup de ces mots, suivant la tendance générale, sont formés de racines et d'affixes grecs et tout naturellement ils ont été accommodés suivant les règles fixées par la nomenclature zoologique internationale.

ου grec est devenu u, οι est devenu œ, etc... Or, ce développement de la langue scientifique des zoologistes nous touche directement.

L'étude des dents et des maxillaires occupe une place éminente en Zoologie, en Paléontologie, en Anthropologie.

C'est, par exemple, le mot toechodonte qui vient de τοῖχος, muraille, et de 'οδούς, dent. La diphtongue οι est devenue œ et le X s'est changé en ch, suivant les prescriptions de la nomenclature zoologique internationale.

Le mot Bunodonte est formé des racines βούνος, colline, οδούς, dent. ου grec a été changé en u.

Nous voyons immédiatement combien des transformations de cette importance rendent difficile la recherche étymologique pour qui n'a pas connaissance des travaux des Congrès Internationaux de Zoologie.

Mais revenons au mot toechodonte (11), (12).

Il existe dans notre littérature spéciale un autre mot qui se prononce de la même façon, c'est Thecodonte avec un Th initial représentant le θ grec. Les racines sont θήκη, gaine, 'οδούς, dent. Ce mot est employé, en général, comme adjectif, par exemple dans l'expression « implantation thécodonte », c'est-à-dire celle où l'os d'attachement ou « socle dentaire » est implanté dans un véritable alvéole.

Il est regrettable que des mots aussi voisins par leur phonétique puissent coexister.

Thécodonte a la priorité (37).

Toechodonte a été créé afin de remplacer le mot Lophodonte, pour désigner la forme des dents dont les couronnes portent des rubans d'émail (à direction linguo-vestibulaire) séparés par des vallées, comme le sont, par exemple, les dents des Rongeurs et, en général, celles des animaux dont les mouvements de mastication se font dans le sens mésio-distal.

Si nous la décomposons, l'expression dent toechodonte peut se traduire ainsi :

Dent : dent.
Toech : muraille.
Odonte : dent.

C'est-à-dire deux fois le mot dent. Il y a donc pléonasme. Toechomorphe eut été meilleur.

Mais cet adjectif lui-même ne nous apprend pas grand chose. Il aurait été plus explicite à côté de la racine τοῖχος d'introduire une deuxième racine suggérant le mot transversal, au lieu de répéter le mot dent.

La même critique peut englober tous les adjectifs en odonte tels que : Brachyodonte, Hypsélodonte, Lophodonte, Bunodonte, Sélenodonte, etc...

Ces adjectifs ont leur utilité mais à condition de qualifier autre chose qu'une dent.

On peut donc dire qu'un animal est Bunodonte, mais il est rationnel de dire que ses dents sont Bunomorphes.

Nous sommes partis de la Zoologie et notre discussion aboutit à l'anatomie dentaire. Qu'on le veuille ou non, nous sommes amenés à nous occuper des sciences voisines, même de celles qui nous paraissent lointaines. Nous en subissons l'influence et la réciproque est vraie.

C'est ainsi que les Odontologistes ont déjà précisé les termes denture et dentition, la confusion existe encore dans les meilleurs ouvrages, mais le mot denture fait son chemin, il apparaît déjà dans des publications récentes grâce au contact établi avec les zoologistes (16).

Dans un article récemment paru, nous lisons la phrase suivante :

« Or, quelle que soit la complexité d'une prothèse à pont, elle est toujours décomposable en théorie et en pratique en des éléments simples, c'est-à-dire *en ponts à un seul pilier* ou MONOGEPHYRES *et ponts à deux piliers ou* BIGEPHYRES (51). (Les changements typographiques sont de notre fait).

Si nous décomposons le mot MONOGEPHYRE nous trouvons μόνος, seul, et Γέφυρα : pont.

Dire « pont monogephyre » revient à exprimer deux fois le mot pont. C'est donc là aussi faire un pléonasme.

Même remarque pour le mot Bigéphyre dans l'expression pont bigéphyre, avec en plus une autre anomalie : le préfixe Bi est latin. Il eût fallu choisir une autre racine, par exemple le mot Κίων (7) qui signifie colonne ou pilier et naturellement prendre le préfixe Δίς élidant le Σ devant la consonne suivante.

La compréhension des mots simplement dérivés est relativement facile, les suffixes étant peu nombreux. Toutefois, même pour cette catégorie de vocables, nous relevons un emploi discutable des suffixes. Les mots adamantinite et dentinite, par exemple, sont employés pour désigner l'atteinte de l'émail et de la dentine. Or, le suffixe « ite » (ιτις grec) désigne habituellement une maladie inflammatoire, dire qu'une dent est atteinte de dentinite revient donc à dire qu'il s'agit d'une inflammation de la dentine. Nous ne connaissons pas suffisamment la pathologie de ce tissu pour affirmer qu'il s'agit toujours d'une lésion inflammatoire. Le suffixe « ose » (οσις grec) nous paraît préférable car il est moins précis et plus général. nous pourrions dire que parmi les « dentinoses », il y a certainement des « denti-

nites », de même que parmi les « dermatoses » il y a des « dermatites » (23), mais toutes les dentinoses ne sont pas fatalement des dentinites.

On a beaucoup épilogué sur la désignation rationnelle de l'ancienne « pyorrhée alvéolaire », après élimination de nombreux termes proposés, la discussion s'est resserrée sur deux mots : les uns tenant pour « paradentose », les autres pour « parodontose ». La deuxième orthographe nous semble préférable. La décomposition du mot donne en effet : un préfixe παρ, c'est-à-dire παρά avec élision de l'α conformément à la règle grecque, une racine οδοντ et un suffixe ose, οσις grec. Le mot ainsi construit est homogène, entièrement grec (sauf la désinence), les racines y sont faciles à retrouver et l'ensemble dit bien qu'il s'agit d'une maladie, autour de la dent ; terme prudent puisqu'il ne préjuge pas de la pathogénie encore discutée.

On aurait du reste pu aller plus loin et proposer « parodontosis » ; ce mot eut été de compréhension universelle et n'aurait soulevé aucune question d'amour-propre national.

*
* *

Parmi les irrégularités dont nous venons de donner un bref aperçu, un certain nombre sont faciles à surmonter pour un latiniste ou un helléniste, il n'en est pas de même pour un lecteur ignorant tout des langues mortes.

En 1904, il n'était pas admis dans les Facultés de Médecine d'étudiant n'ayant pas le baccalauréat classique, c'est-à-dire latin-grec ; actuellement la proportion des étudiants munis du diplôme équivalent, c'est-à-dire celui de la section A est de 10 % pour l'Académie de Paris, à la session de juillet 1945. Nous pouvons en conclure que les connaissances en latin, et surtout en grec, sont actuellement réduites pratiquement à rien

L'incompréhension des néologismes risque donc de s'étendre de jour en jour. Et cette situation regrettable se présente au moment où les perspectives de développement scientifique sont plus grandes que jamais.

L'apparition du microscope électronique, l'exploitation des procédés de la désintégration atomique vont renouveler toutes les sciences et la biologie en particulier ! En ce qui nous intéresse plus directement, nous connaîtrons, dans quelques années, une histologie renouvelée par un œil magnifié dans des proportions inespérées (on parle de grossissements de 50.000 diamètres). L'embryologie expérimentale fera d'immenses progrès, les secrets des chromosomes seront dévoilés, les gênes à peine entrevus aujourd'hui seront demain pénétrés à leur tour. La génétique, peut-être bientôt, régentera toute la Biologie. Notre spécialité ne peut échapper aux répercussions de ces grandioses perspectives. Notre thérapeutique devra tenir compte de ces nouvelles acquisitions.

Un tel progrès ne peut s'accomplir sans un afflux de néologismes. C'est parce que les jeunes générations ne connaissent pas les racines des langues mortes et parce qu'elles vont fatalement en subir le contact journalier, qu'il est temps d'essayer de remédier aux inconvénients signalés ci-dessus.

*
* *

Le problème qui se pose donc actuellement est de rendre les néologismes grecs ou latins facilement compréhensibles à des lecteurs n'ayant qu'une connaissances rudimentaire des langues mortes.

La première conclusion à laquelle nous aboutissons fatalement est que les étudiants en Sciences biologiques qui n'ont pas fait d'études gréco-latines : Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Dentistes, etc..., doivent recevoir le minimum de culture indispensable.

Trois mois d'entraînement dans un cours spécial consacré à l'étude

de l'alphabet grec et des règles de dérivation et de composition, quelques exercices sur les racines directement utiles, doivent suffire.

Il n'est pas question de s'occuper des déclinaisons, des conjugaisons, encore moins de la syntaxe.

Il ne serait pas difficile de trouver dans les programmes actuels des matières dont l'étude pourrait, sans inconvénients sérieux pour nos étudiants, être remises à plus tard. Un jeune homme de 17 ans discutant de métaphysique manque un peu de maturité pour se pencher sur ces graves problèmes, il a en réalité plus besoin de connaître un millier de racines gréco-latines. Lorsque les années en auront fait un homme, il lira avec beaucoup plus de profit les œuvres des grands penseurs.

A ces jeunes gens nantis d'une connaissance très limitée et très suffisante des langues gréco-latines, il faut donner une règle très simple et très précise qui leur permette de comprendre et de décomposer les néologismes. Il faut donc convenir que les racines seront toutes prises sans exception dans un dictionnaire existant ou qui sera créé pour la circonstance. Enfin, les règles de la dérivation et de la composition seront celles-là mêmes qu'employaient les Grecs et les Latins et dont nos étudiants auront appris l'essentiel dans le cours qu'ils auront dû suivre (4).

* * *

La formation des néologismes ne peut être laissée sans inconvénients à des hommes qui peuvent être d'éminents savants, mais qui, d'autre part, peuvent tout ignorer de la linguistique.

Leur rôle, dans la circonstance, est d'indiquer quelles idées doit évoquer le mot nouveau.

Deux idées, trois au maximum, peuvent être enfermées dans un mot, si l'on ne veut pas en faire un monument impressionnant, mais d'un abord peu sympathique.

Pathologie contient deux idées :

πάθος, douleur ;
λόγος, discours.

Parodontose contient trois idées :

παρά, autour ;
ὀδοντ, de la dent ;
ose (pour osis), maladie.

Le choix des racines, des suffixes et des préfixes doit être également laissé au savant en quête d'un mot nouveau.

A notre avis, son rôle devrait s'arrêter à ce stade. L'assemblage des divers éléments doit être confié à celui qui, de par sa culture spéciale, est le seul vraiment qualifié : au linguiste latinisant ou hellénisant.

Si chaque auteur avant de lancer un néologisme acceptait de le soumettre à un organisme chargé de lui donner sa forme définitive, nous serions bientôt en possession d'un vocabulaire scientifique régulièrement construit, dont les éléments simples, racines et affixes, seraient facilement identifiés et ne décourageraient plus le lecteur, sûr désormais de trouver dans un dictionnaire peu volumineux tous les renseignements lui permettant de comprendre entièrement le mot qui l'arrête.

L'application d'une telle méthode, parfaitement logique et rigoureusement scientifique, suppose une collaboration intime entre hommes de science et linguistes. Pourquoi cette collaboration ne s'établirait-elle pas ? pour le plus grand profit des deux disciplines. Nous verrions peut-être paraître un jour une thèse de Doctorat ès Lettres sur le vocabulaire scien-

tifique gréco-latin. Cette question, de l'avis d'éminentes personnalités du monde littéraire, n'a jamais fait l'objet d'aucun travail connu.

En résumé, pour que la langue scientifique soit d'un usage commode, il faut qu'elle soit codifiée, que la confection en soit confiée à un organisme où les linguistes auront la direction de la partie morphologique et enfin *que cet organisme soit permanent.*

*
* *

Nous ne devons pas oublier que les langues mortes ont été choisies pour créer les néologismes scientifiques afin de rendre leur compréhension universelle. Une commission nationale, si elle arrivait à imposer sa discipline à toutes les sciences en France, n'aurait pas encore fait un travail suffisant si à Londres, à Madrid ou à New-York on continuait à œuvrer dans l'anarchie. C'est, finalement, un organisme international qui doit être l'aboutissant logique du vaste mouvement de rationalisation du vocabulaire scientifique.

La prise de contact avec les savants étrangers est indispensable ; il serait trop long d'exposer combien se complique le problème lorsqu'il s'agit de rendre intelligible, sur le plan international, un néologisme.

L'idéal serait, évidemment, de conserver sans changement la forme originelle grecque ou latine. Il existe de nombreux exemples de ces cas heureux où un mot scientifique s'écrit de la même façon en espagnol, en anglais, en allemand et en français : Sycosis, Iritis, Epulis, etc...

Il est difficile, pour les mots ayant déjà acquis depuis de longues années droit de cité, de remonter le courant et de contrarier des habitudes qui les ont dotés d'une désinence nationale.

Il en va autrement pour les mots à venir, il n'existe pas de question d'amour-propre national qui puisse s'alarmer de l'emploi des suffixes « itis » et « osis » au lieu de « ite » et de « ose ».

Il ne serait même pas interdit, si des linguistes consentaient à prêter une collaboration indispensable, de penser à une réforme orthographique déjà réalisée chez d'autres peuples. Les th, les ph ont peut-être une valeur sentimentale, ils n'ont pas d'utilité pratique. D'autre part, le k grec demanderait souvent à être employé chez les peuples latins.

L'internationalisation des termes doit choisir entre l'orthographe et la prononciation. Il n'est pas possible de faire accorder les deux points de vue ; l'un d'eux doit être sacrifié. Le lecteur doit être favorisé aux dépens de l'auditeur. Il vaut mieux qu'une même orthographe rende la lecture universellement facile. Essayer de rendre la prononciation semblable pour seulement quatre ou cinq langues les plus usuelles aboutirait à des complications orthographiques insurmontables et qui détruiraient complètement la compréhension des textes écrits.

Nous avons le spectacle de 52 nations qui se sont déclarées unies pour une œuvre de paix, nous n'en demandons pas autant pour être sûrs de la réussite. Que deux ou trois donnent l'exemple et nous sommes sûrs de gagner la partie.

Ce qui importe avant tout, en cette matière, c'est l'esprit de suite. Il ne suffit pas de proposer des mots. Si correcte que soit leur construction et si exacte que soit leur signification, ils ne s'imposent que si les établissements d'enseignement prennent le soin de les employer et de les recommander aux étudiants. C'est la thèse que soutenait, en 1894, le Dr L. C. F. Hugo, de Washington, au Congrès de Maryland.

Certains esprits trouveront peut-être que c'est attacher beaucoup d'importance aux questions de vocabulaire que de vouloir en faire l'objet de soins minutieux et surtout permanents. Nous vivons très bien avec des mots imparfaits en eux-mêmes, mais dont nous avons l'habitude. Il y a aussi des peuples qui n'emploient pas le système métrique !

Cette thèse peut être défendue, mais alors il faut la soutenir jusqu'au bout et ne pas donner le spectacle de savants bâtissant sans plan préconçu, et dans l'anarchie, une langue ne répondant en rien à ses prétentions originelles, puisqu'elle devient, de jour en jour, moins universelle.

Puisque les Anglo-Saxons et les peuples latins écrivent différemment des mots qu'on avait eu la prétention de rendre internationaux, — Anglais : Cyst ; Allemands : Cyste, Zyste (27) ; Espagnol : Quiste ; Français : Kyste —, il serait plus simple de se contenter d'apprendre une ou deux langues étrangères sans compliquer son bagage par la connaissance de racines grecques et latines qui nous trahirons lorsque nous y ferons appel.

Les mots populaires ont été modelés par des hommes sans culture qui les ont façonnés à leur convenance, les déformations successives se sont accumulées au cours des siècles ; des mots comme Riot qui existaient dans l'ancien français sont passés en Angleterre avec les Normands, ils y sont restés, mais aujourd'hui ils sont devenus étrangers dans leur pays d'origine (10). Les mots scientifiques, eux, doivent, dès leur apparition, être dotés de leur forme définitive.

Le monde savant a la prétention de tout mesurer et de tout expliquer par des lois physico-chimiques, chaque jour, des trésors d'ingéniosité sont dépensés pour perfectionner les mesures. A cause de ces perfectionnements successifs, la science a progressé. Les erreurs relevées entre ce qu'on a trouvé et ce qu'on attendait ont fait découvrir de nouvelles lois serrant de plus près la nature intime des phénomènes.

Cet esprit scientifique, toujours à la recherche de la minutie, se doit d'exprimer le résultat de ses travaux avec la même rigueur. Même en linguistique, un petit détail a quelquefois une grande importance : une seule lettre changée dans un mot en change le sens. Les mots ostéoblastes, ostéoplastes, ostéoclastes, odontoblastes, odontoplastes, odontoclastes, en sont un exemple frappant.

Des écrivains, que les sceptiques traitent avec un peu d'ironie d'anticipateurs et qui sont peut-être simplement des gens clairvoyants, ont déjà baptisé le présent du nom d'Ere Atomique.

Si l'expression peut nous paraître osée, il n'en reste pas moins que nous voici arrivés à une étape importante dans le développement de la science et de son vocabulaire.

Les chercheurs construisent un grand monument. Qu'ils pensent à la Tour de Babel. L'Ancien Testament nous apprend que les fils des hommes furent confondus et dispersés par le Tout-Puissant ; qu'ils prennent garde cette fois d'être arrêtés par leurs propres errements. On peut s'enorgueillir d'être frappé des foudres divines, mais il n'y a aucune gloire à être la victime ridicule de ses propres fautes.

Conclusions

Sur le plan général. — Les progrès scientifiques s'accompagnent de l'apparition d'un vocabulaire qui remplace les périphrases qualifiant les idées, les instruments ou les phénomènes nouveaux.

Ce vocabulaire doit être, lui aussi, construit scientifiquement, au contraire des langues populaires qui ont évolué pendant des siècles avant de prendre leur forme actuelle ; il doit recevoir, dès sa création, une forme faite pour durer aussi longtemps que les mots seront nécessaires.

Les racines du vocabulaire scientifique doivent être prises dans les langues mortes grecque ou latine. La première est, dès maintenant, préférée à cause de sa richesse bien supérieure à celle du latin.

La formation des néologismes doit être confiée à un organisme mixte comprenant des hommes de science et des linguistes. Ce Comité doit être permanent et international.

Sur le plan particulier à l'art dentaire. — L'art dentaire tire le principal de ses applications des sciences physiques et biologiques.

Une méthode rigoureusement scientifique doit présider à l'élaboration de son vocabulaire.

Il y a près de cinquante ans que des confrères américains jugeaient déjà qu'une des premières tâches serait d'éliminer des mots inutiles, mal construits, faisant double emploi et, cependant, beaucoup de ces mots encombrent encore notre langage.

Sur le plan pédagogique. — Les établissements d'enseignement doivent donner l'exemple, ainsi que les sociétés scientifiques. C'est sur l'étudiant que l'on doit agir ; c'est à lui surtout qu'il faut enseigner que des mots tels que dentition et denture ne sont pas synonymes.

Enfin, il faut savoir être tolérant. Une réforme ne doit pas être une révolution, ni une brimade.

Les mots existants doivent être traités avec ménagements, essayons de les améliorer lorsqu'ils ne sont pas trop impropres. Gardons toute notre rigueur pour les mots à venir.

Dès maintenant, il serait à souhaiter que la profession dentaire, donnant l'exemple, prît l'initiative de codifier la formation de ses néologismes.

Dans une autre étape, elle se devrait d'essayer d'entraîner les sciences voisines dans ce vaste mouvement qui, à son terme, devrait englober toutes les sciences, la linguistique comprise.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

1. A. Bailly. — **Dictionnaire grec-français.** (Hachette, 79, boulevard Saint-Germain).

2. E. Benoist et Goelzer. — **Nouveau Dictionnaire Latin-Français.** (Garnier Frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris, 1938).

3. Bouchez. — **Grammaire allemande. Mots composés et dérivés.** (Eugène Belin, 8, rue Férou, Paris, 1940).

4. H. Brelet. — **Grammaire grecque. Mots composés et dérivés.** (Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1899).

5. Th. Corneille. — **Dictionnaire des Arts et des Sciences.** (1694).

6. A. Dauzat. — **Dictionnaire étymologique.** (Larousse. 13, rue Montparnasse, Paris, 1943).

7. L. Feuillet. — **Lexique Français-Grec.** (Eugène Belin, 8, rue Férou, Paris, 1933).

8. H. Goelzer. — **Nouveau Dictionnaire Français-Latin** (6e édition). (Garnier Frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris, 1935).

9. L. Martel. — **Grammaire Latine d'après Chassang** (15e édition). (Garnier Frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris).

10. H. Van Daele. — **Petit dictionnaire de l'ancien Français.** (Garnier Frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris, 1940).

10 *bis* P. Larousse. — **Jardin des racines grecques.** (Larousse, 13, rue Montparnasse, Paris).

SCIENCES NATURELLES

11. R. Anthony. — **Théorie de la dentition jugale mammalienne.** (Hermann et Cie, 6, rue de la Sorbonne, Paris, 1935).

12. M. Boule et J. Piveteau. — **Les Fossiles.** (Masson et Cie ,120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935).

13. Congrès Internationaux de Zoologie. — **Règles internationales de la nomenclature adoptées par les Congrès Internationaux.** (Fr. de Rudeval, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1905).

14. E. Patte. — **Remarques sur l'évolution des dents molaires chez les mammifères.** (Hermann et Cie, 6, rue de la Sorbonne, Paris, 1934).

15. Jean Rostand. — **La nouvelle Biologie.** (Fasquelle, 11, rue de Grenelle, Paris, 1937).

16. P. Rode. — **Petit atlas des mammifères.** (Boubée et Cie, 3, place St-André-des-Arts, Paris, 1944).

MÉDECINE GÉNÉRALE

21. A. Branca. — **Précis d'histologie.** (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille Paris, 1906).

22. Guy de Chauliac. — **Chirurgie de G. de Chauliac ou Guidon en Français.** (1490 et 1503).

23. Littré et Gilbert. — **Dictionnaire de Médecine** (21e édition). (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1908).

24. A. Paré. — **Œuvres complètes de 1545 à 1582** (par Malgaigne). (3 volumes in-8o, Paris, 1840-41).

25. P. Poirier, Charpy, Cunéo. — **Traité d'anatomie humaine** (L. Bataille et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1902).

26. G.-H. Roger. — **Introduction à l'étude de la Médecine** (3e édition). (Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1908).

27. P. Schrober. — **Dictionnaire médical Franco-Allemand** (3e édition). (Ferdinand Enke, Stuttgart, 1921).

OUVRAGES D'ODONTO-STOMATOLOGIE

31. Amoedo (Dr O.). — **L'articulation temporo-maxillaire, les muscles masticateurs, etc...** (*Odontologie*, 1908, p. 387).

32. Amoedo (Dr O.). — **Mise au point.** (*Odontologie*, 1908, p. 490).

33. Amoedo (Dr O.). — **Notes sur la Nomenclature dentaire.** (*Odontologie*, 1911, p. 481).

34. Angle (Edw.-C.). — **Malocclusion of the teeth** (7e édition). (*SS. Dental Man. Co*, Philadelphia, 1907).

35. Ausubel (Hermann). — **Chirurgie buccale et Praticien général.** (*Dental Cosmos*, 1924, p. 4).

36. Black (Dr). — **Compte rendu du Comité sur la nomenclature dentaire au World's Columbian Dental Congress.** (*Dental Cosmos*, 1893, p. 884).

37. Bourdelle (Pr), Bennejeant (Dr), Wicart (Dr). — **Anatomie et Physiologie Bucco-dentaires.** (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1937).

38. Bozo (Dr). — **Etude critique des Classifications en Orthodontie.** (*Revue de Stomatologie*, 1911).

39. Bozo (Dr). — **Protusion du maxillaire supérieur avec rétrusion du maxillaire inférieur.** (*Revue de Stomatologie*, 1910, p. 104).

40. Bozo (Dr). — **Guide pour l'examen de la dénomination des anomalies facio-maxillo-dentaires justiciables du traitement orthopédique.** (*Revue de Stomatologie*, 1914, p. 7-24).

41. Case (C.). — **Practical treatise of the technics and principles of dental orthopedia.** (C. S. Case Co., Chicago, 1908).

41 *bis*. Choquet. — **Etude comparative des dents humaines dans les différentes races.** (*Odontologie*, 1908, p. 107).

42. Clément (Geo.-B.). — **Rapport sur la science dentaire et la littérature.** (*Dental Cosmos*, 1919, p. 57).

43. Comité de Nomenclature. — **Société Américaine d'Orthodontistes.** (*Dental Cosmos*, 1918, p. 267).

44. Comité de Nomenclature. — **American dental Association.** (*Dental Cosmos*, 1926, p. 446).

45. COMMISSION DE NOMENCLATURE DE L'INSTITUT DES PÉDAGOGUES DENTAIRES. — **Glossaire des Termes Dentaires.** (*Dental Cosmos*, 1914, p. 239).

46. COMPTES RENDUS DU CONGRÈS DE BERLIN. SECTION IX. ORTHODONTIE. — (1909).

47. DENTAL COSMOS. — **Editorial. Nomenclature dentaire spécialisée.** (*Dental Cosmos*, 1925, p. 417).

48. DENTAL COSMOS. — **Editorial. Terminologie technique spéciale.** (*Dental Cosmos*, 1932, p. 814).

49. DIEULAFÉ (Dr), HERPIN (Dr). — **Note sur la nomenclature dentaire.** (*Revue de Stomatologie*, 1911, p. 325).

50. DREYFUS (Dr). — **La Tour de Babel.** (*Odontologie*, 1939, p. 344).

51. DUBECQ (Dr X.-J.). — **Les facteurs de systématisation des prothèses à pont.** (*Information Dentaire*, 3-3-46, p. 149).

52. EYHEREMENDY (Dr R.). — **Odontokiliose. Raisons d'être de ce nouveau terme.** (*Revue Belge de Stomatologie*, 1937, N° 1).

53. FREY (Dr L.). — **Contribution à l'étude des malpositions verticales (en collaboration).** (Congrès de Berlin, 1909). (*Odontologie*, 15-9 et 30-9, 1909).

53 *bis*. FREY (Dr L.). — **Essai de Terminologie des malpositions dento-maxillaires.** (*Odontologie*, 1910, p. 529 ; 1911, p. 49).

54. FREY (Dr L.). — **Terminologie des malpositions dento-maxillaires** (en collaboration). (*Odontologie*, 1912, p. 145).

55. GIRES (Dr P.). — **Note sur la nomenclature dentaire.** (*Revue de Stomatologie*, 1911, p. 326).

56. GOLDSTEIN (Ch.). — **Anatomie dentaire.** (*Dental Cosmos*, 1924, p. 1269).

57. GUILFORD (Dr). — **A l'American dental Association.** (*Dental Cosmos*, 1895).

58. HADERUP (V.). — **Nomenclature dentaire.** (*Dental Cosmos*, 1933, p. 408).

59. HERBST (E.). — **Introduction à l'orthopédie faciale.** (*Zahärtzliche Orthopadie*, München, 1910).

60. HERPIN (Dr). — **Note sur la nomenclature dentaire.** (*Revue de Stomatologie*, 1911, p. 325).

61. HUET (E.). — **Essai de classification des anomalies.** (*Odontologie*, 30-7-1909).

62. HYATT (Thadeus). — **Terminologie en dentisterie infantile.** (*Dental Cosmos*, 1933, p. 511).

63. IZARD (Dr G.). — **Terminologie descriptive des malpositions dentaires et des déformations maxillo-faciales.** (*Revue de Stomatologie*, 1929, p. 65).

64. KAUFFMANN (J.). — **La dent de six ans.** (*Dental Cosmos*, 1907, p. 456).

65. KAUFFMANN (J.). — **La dent de six ans.** (*Dental Cosmos*, 1917, p. 1242).

66. LEMIÈRE (Dr R.) (en collaboration). — **Terminologie des malpositions maxillo-dentaires.** (*Odontologie*, 1912, p. 145).

67. LEMIÈRE (Dr R.). — **Dentisterie opératoire de Kirk** (traduction) ; **Orthodontie**, par Angle ; **Esthétique faciale**, par Case. (Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1910).

68. LEROY (Jonhson). — **Principes de base de l'orthodontie** .(*Dental Cosmos*, 1923).

69. MILO-HILLMANN. — **Nomenclature orthodontique.** (*Dental Cosmos*, 1925, p. 364).

70. MOLT (Fr. F.). — **Technique radiographique correcte.** (*Dental Cosmos*, 1923, p. 342).

71. DE NÉVREZÉ (Dr) (en collaboration). — **Terminologie en orthopédie dento-faciale.** (*Odontologie*, 1910, 15 juillet).

72. DE NÉVREZÉ (Dr). — **Classification et définition clinique des malpositions des dents et des maxillaires.** (*Revue de Stomatologie*, décembre 1908, janvier 1909).

73. DE NÉVREZÉ (Dr). — **Les cinq mouvements applicables à la mobilisation des dents en orthodontie.** (*Revue d'Odontologie*, 15 et 30 décembre 1908).

74. DE NÉVREZÉ (Dr). — **Contribution à l'étude des malpositions verticales** (Congrès de Berlin, 1909). (*Odontologie*, 15 et 30 septembre 1909).

75. NEWKIRK (Garrett). — **Nomenclature relative aux formes de l'arcade dentaire et aux positions spéciales des dents.** (*Dental Cosmos*, 1893, p. 888).

76. **Editorial. Nomenclature dentaire.** (*Dental Cosmos*, 1920, p. 1355).

77. **Editorial. Nomenclature dentaire scientifique.** (*Dental Cosmos*, 1922, p. 105).

78. **Periodontal nomenclature**. (*Dental Cosmos*, 1917, p. 1270).

79. PIERCE Anthony. — **Dental terminology**. (Comité de nomenclature de l'American Dental Association, Patterson and White C°, Philadelphia, 1930).

80. PIERCE Anthony. — **Rapport du Comité de Nomenclature**. (*Dental Cosmos*, 1925, *Dental Cosmos*, 1931, p. 403).

81. PIERCE Anthony. — **Rapport du Comité de Nomenclature**. (*Dental Cosmos*, 1934, p. 326).

82. PITOT. — **Essai de classification des anomalies**. (*Journal Dentaire Belge*, 1909).

83. ROBIN (Dr P.). — *Revue de Stomatologie*, 1909, p. 99 et 246).

84. ROBIN (Dr P.). — **Essai de nomenclature de la bouche et des dents**. (*Revue de Stomatologie*, mars 1909).

85. SIFFRE (Dr). — **La denture préhistorique**. (*Odontologie*, 1910, p. 546).

86. STARR (A.). — **Préparation des cavités pour inlays**. (*Dental Cosmos*, 1914, p. 285).

87. STILLMANN (P.-R.). — **Nomenclature**. (*Dental Cosmos*, 1921, p. 471).

88. STOLOFF. — **Nomenclature anatomique**. (*Dental Cosmos*, 1925, p. 105).

89. VILLAIN (G.). — **Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications**. (*Odontologie*, 15 janvier, 28 février, 15 mars 1909).

90. VILLAIN (G.) (en collaboration). — **Terminologie en Orthopédie dento-faciale**. (*Odontologie*, 15 juillet 1910).

91. VILLAIN (G.) (en collaboration). — **Quelques observations d'orthopédie dentaire et traitement**. (Congrès de Bruxelles, 1910 ; A.F.A.S., Toulouse, 1910).

92. VILLAIN (G.). — **Terminologie après plusieurs années d'essai**. (*Odontologie*, janvier 1911, p. 67).

93. VILLAIN (G.) (en collaboration). — **Terminologie des malpositions maxillo-dentaires**. (*Odontologie*, 1912, p. 145).

94. VILLAIN (H.) (en collaboration). — **Quelques observations d'orthopédie dentaire et traitement**. (Congrès de Bruxelles, 1910 ; A.F.A.S., Toulouse 1910).

95. WILSON (G.). — **Nomenclature prothétique**. (*Dental Cosmos*, 1907, p. 456).

96. ZIMMERMANN (A.). — **Procédé de la cire perdue**. (*Odontologie*, 1913, p. 75 ; Congrès de Tunis, A.F.A.S.).

L'ANATOXINE STAPHYLOCOCCIQUE DANS LE TRAITEMENT DES OSTÉITES MAXILLAIRES

Par le Docteur A. BOCAGE,
de l'Hôpital Pasteur.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 juin 1945.)

Le microbe le plus fréquemment rencontré dans les ostéites des maxillaires est le staphylocoque, tantôt comme cause initiale, tantôt comme germe d'infection secondaire s'associant à un autre, comme le streptocoque, ou se substituant à lui.

Il en existe de très nombreuses variétés, depuis les saprophytes banaux sans pouvoir pathogène, jusqu'à ces races capables de tuer en quelques jours par septicémie maligne. En général le staphylocoque donne des infections limitées, récidivantes, se localisant volontiers sur les follicules pileux au niveau desquels il produit des lésions dont la taille varie de la pustule d'acné à l'anthrax le plus volumineux, en passant par toutes les dimensions de furoncles.

Les os sont souvent atteints, soit par la voie sanguine, comme dans l'ostéomyélite des enfants et adolescents, soit par inoculation locale directe à l'occasion d'une blessure ou par propagation d'une infection de voisinage. C'est par ce dernier mécanisme que les maxillaires sont généralement touchés, à la suite d'une gingivite ou d'une alvéolite.

La thérapeutique des staphylococcies est difficile, car si les antiseptiques externes agissent bien sur les pyodermites très superficielles, ils n'ont guère d'effet sur des lésions épaisses ou profondes. Comme traitements chimiques internes seuls rendent parfois service l'étain par voie buccale (bien rarement) et le sulfate de cuivre en injections intraveineuses.

Les vaccins bactériens faits avec des émulsions de microbes tués sont souvent inactifs, quand il s'agit de vaccins de stocks ; leur action est plus fidèle quand on fait appel au propre germe du malade (autovaccin). De telle sorte qu'avant 1934 le nombre des guérisons que nous obtenions par tous les procédés réunis ne dépassait pas 35 à 40 % dans la furonculose.

L'anatoxine de Ramon nous a donné à elle seule plus de 85 % de guérisons d'emblée.

Une anatoxine est un bouillon de culture dans lequel on a fait pousser une souche microbienne secrétant une toxine particulièrement nocive, et qu'on utilise après l'avoir débarrassé de tous les corps microbiens et traité par le formol dans certaines conditions. Avec cette technique, la culture initiale qui était un poison très violent est transformée en une substance inoculable sans risques et capable d'immuniser contre la toxine pure.

La préparation de l'anatoxine staphylococcique a été longtemps très difficile, car les souches qui produisent une toxine d'activité constante et suffisante sont très rares. Actuellement, l'Institut Pasteur est arrivé à obtenir une fabrication régulière, et depuis 1945, l'anatoxine est livrée « purifiée », c'est-à-dire qu'on en a éliminé par précipitation chimique la plus grosse partie des albumines inutiles existant dans le bouillon de culture et dont la présence donnait parfois des réactions vives aux malades. J'en citerai comme exemple, cette fillette, sujette à l'urticaire, qui, quatre jours après avoir supporté sans réaction générale un vingtième de

centimètre cube d'anatoxine purifiée a fait avec la même dose d'anatoxine non purifiée, une poussée fébrile à 39° avec éruption scarlatiniforme.

Il faut savoir que toute injection d'anatoxine staphylococcique, même purifiée, peut donner des incidents chez les sujets particulièrement sensibles. Ce danger existe dans toutes les variétés de staphylococcies. Un furoncle, pas encore ouvert, gros comme un petit pois le jour de l'injection d'anatoxine pourra atteindre le volume d'une noix le lendemain si la dose a été trop forte pour le malade.

Les sujets atteints d'ostéites peuvent faire des réactions beaucoup plus violentes. Ainsi le premier que j'ai essayé de traiter en 1934 avait une minime fistule à la partie moyenne de l'humérus sans aucune inflammation des parties molles. On lui fit comme première dose un demi-centimètre cube d'anatoxine ; dès le lendemain, son bras avait doublé de volume et il fallut intervenir chirurgicalement.

Il est donc indispensable de tâter la susceptibilité des malades. Pour cela l'injection intra-dermique ne me paraît pas indispensable. En faisant une simple injection sous-cutanée on se rend très bien compte des réactions. Normalement, la plaque de rougeur et gonflement provoquée par l'anatoxine ne doit pas dépasser trois à quatre centimètres de diamètre et ne pas s'accompagner d'une élévation de température au-dessus de 37°6. Une réaction plus forte invite à ne pas augmenter la dose pour l'injection suivante ou même à la diminuer.

En matière d'ostéite, je commence généralement par un cinquantième de cm3 chez l'adulte et par un centième chez l'enfant. Cette dernière dose se fait en injectant un dixième de cm3 d'anatoxine préalablement diluée au dixième. Pour obtenir cette dilution, il suffit d'aspirer successivement dans la même seringue, deux dixièmes de cm3 d'anatoxine pure puis 1 cm 3,8 d'eau distillée ou de sérum salé stérile et de les mélanger dans la seringue après y avoir fait entrer une bulle d'air.

Normalement, je fais deux injections par semaine en augmentant lentement les doses. Le plus souvent, j'injecte une dose égale à une fois et demie la précédente, et plus rarement deux fois. Le total injecté au cours de la série doit atteindre environ cinq centimètres cube au minimum.

Je suis convaincu qu'une vaccination qui donne des réactions fortes, locales, générales ou focales (au niveau de la région malade), non seulement n'immunise pas le malade, mais peut aggraver son état, exactement comme le surentraînement chez les sportifs aboutit à leur épuisement provisoire ou définitif.

Pour terminer, je dirai un mot de la pénicilline. C'est un médicament très efficace dans les infections aiguës des parties molles et par conséquent fort utile au début des poussées inflammatoires autour des mâchoires ; mais elle n'a qu'une action tout à fait incomplète sur les fistules d'ostéites anciennes. De plus, elle ne saurait empêcher les récidives ultérieures comme peut le faire l'immunisation spécifique par l'anatoxine staphylococcique.

REVUE ANALYTIQUE

DOUGLAS H. OLIVER, M.C., L.D.S. Eng. — **Diminution de la carie dentaire chez les enfants en temps de guerre.** (*British Dental Journal*, N° du 15-2-1946).

Dans les inspections dentaires scolaires qu'il a pratiquées en Angleterre pendant la guerre, Douglas H. Oliver a constaté une amélioration des dents de nos enfants parallèle à celle, très nette, de l'état général de leur santé. Cette amélioration se produisant au cours de six années d'efforts pour la guerre totale, alors que fonctionnait un sévère rationnement du marché alimentaire, est un événement d'une signification marquante.

Il reste encore à démontrer jusqu'à quel point une nourriture améliorée peut conférer l'immunité à l'attaque de la carie et une plus grande résistance à son développement si elle a pu s'installer. Cependant, il est tout à fait en notre pouvoir d'utiliser notre connaissance du rôle de la fermentation acide sur la création de la lésion et de la contrôler, au mieux de notre capacité, par une propagande éducative sur le régime et l'hygiène.

L'auteur espère que cette constatation encouragera les recherches ayant pour but la création de toutes les mesures possibles tendant à assurer le maintien et même l'augmentation de cette amélioration, grâce à des conseils éclairés répandus sur une grande échelle.

Si les circonstances actuelles ont permis d'arriver à ce résultat ; il devrait être possible d'améliorer encore la situation maintenant que les problèmes du ravitaillement et de l'administration sont plus faciles à résoudre.

Par contre, ce serait perdre une belle occasion, si, faute d'une ferme direction, on permettait aux idées fausses de se perpétuer ou que l'on abandonnât au hasard le développement de cette amélioration, sans se soucier de facteurs que nous tenons pour fondamentaux mais sur lesquels la majorité des gens n'a que peu de lumières.

Sir William Jameson a dit : « Nous pouvons être contents de la façon dont se portent nos enfants. Nous ne pouvons pas nous en satisfaire. Le fait qu'un progrès a été accompli, même en temps de guerre, alors que nous aurions pu nous attendre à perdre du terrain, prouve certainement que nous devrions être capables de faire bien davantage quand la paix sera revenue. » C. J.

Warren HARAEY et N.-J. PETCH. — **Accélération de la prise des ciments à l'oxyde de zinc.** (*British Dental Journal*, N° du 18-1-1946).

L'omission du rôle joué par l'eau dans la détermination des propriétés de solidification des ciments dentaires à l'eugénol-oxyde de zinc, peut expliquer la diversité des résultats publiés sur les temps de prise avec ou sans les accélérateurs habituels. La présence d'au moins un peu d'eau ou d'un accélérateur semble nécessaire à la prise, même si les autres conditions sont favorables. Moins les autres facteurs sont actifs, plus le rôle de l'eau est important.

Parmi les accélérateurs expérimentés, l'acétate de zinc ou l'acide acétique apparaissent comme les plus appropriés mais le premier peut occasionner une légère réaction sur la pulpe et, bien que nous n'ayons aucune évidence histologique, nous pourrions nous attendre à ce que les ciments à l'acide acétique causent une légère irritation de la pulpe. Il devrait être possible d'incorporer moins d'accélérateurs dans l'un des types d'oxyde à forte réaction et réduire ainsi la légère toxicité de ce mélange. La petite taille de la molécule d'oxyde et la présence de défauts sembleraient d'importants facteurs en faveur d'une prise rapide.

L'oxyde obtenu à partir du carbonate à 300° C. prend rapidement, offre une force de résistance à l'écrasement satisfaisante, qu'il soit employé seul ou mêlé à la forme neutre.

Par le mélange avec de l'oxyde ordinaire on peut venir à bout des difficultés dues au développement de la coloration par l'emploi d'oxydes actifs : le temps de prise n'en est pas affecté et le mélange a une couleur satisfaisante.

Un ciment préparé à partir d'une mixture d'oxyde de zinc obtenu par décomposition du carbonate à 300° C. et d'oxyde de zinc obtenu par combustion de la vapeur de zinc, dans des proportions variant entre 40 /60 et 20 /80 en poids, apparaîtrait ainsi avoir un bel avenir en tant que ciment dentaire pratique pour la garniture des cavités ; il prendrait rapidement, mais ne causerait pas de réactions sur la pulpe.

Avec la définition du temps de prise dont nous nous sommes servis, le temps de 3 à 4 minutes signifie que le ciment peut être mélangé, laissé pour quelques instants pendant que l'on complète la préparation de la cavité, puisque la prise à l'air libre est beaucoup plus lente qu'en bouche, inséré ensuite, il serait dur au bout d'environ deux minutes.

Le coût du carbonate de zinc est bas, la décomposition facile et le mélange des oxydes actif et neutre ne présenterait aucune sérieuse difficulté d'ordre pratique puisqu'il n'est pas d'une importance capitale que le mélange soit très intime. C. J.

FILDERMAN (J.). — **La paradentose est-elle guérissable.** (*Information Dentaire*, n° 17, 29 avril 1945).

Aperçu personnel et intéressant sur la paradentose que M. Filderman résume lui-même ainsi :

1° La paradentose doit être, en principe, considérée comme un phénomène physiologique ; donc contrairement à ce qui se passe lors d'une maladie, elle est inévitable et par définition inguérissable ;

2° La paradentose peut se développer même lorsque l'état général est bon et même chez un sujet jeune ;

3° L'état général n'intervient que pour favoriser l'évolution prématurée de la paradentose et seulement lorsque l'on est atteint d'une affection déterminée, généralement facile à dépister. Dans ce cas les troubles de l'état général sont suffisamment manifestes pour que nous n'ayons pas à les rechercher. Si ces troubles ne sont pas caractéristiques c'est que seul l'état local est en cause. Le traitement doit donc se reporter dans ce cas, uniquement à la dite affection et non pas particulièrement à la paradentose ;

4° L'apparition de la paradentose peut être retardée et son évolution peut être considérablement ralentie, mais non totalement supprimée par un traitement local des causes mécaniques, infectieuses, chimiques et biologiques. Ce traitement doit être essentiellement prophylactique et doit être appliqué d'une façon précoce, notamment en ce qui concerne les causes mécaniques. On doit donc éviter, cela va de soi, toute extraction d'une dent susceptible d'être conservée, et lorsque celle-ci s'impose, la dent disparue, ou à l'occasion la portion de dent disparue, doit être remplacée dans le plus bref délai. Attendre et surtout trop attendre c'est favoriser le développement des phénomènes de résorption. Enfin et contrairement à l'usage généralement établi, les dents de sagesse, aussi bien celles du haut que celles du bas, doivent être conservées jusqu'à l'extrême limite.

J'ajouterai pour terminer, que si j'arrive à la conclusion décevante que la paradentose n'est pas pratiquement guérissable, cette conclusion ne doit pas être un encouragement pour les partisans du moindre effort et inciter ceux-ci à l'inaction. Cette conclusion n'a en effet, d'autre but que de préciser, que si la paradentose, une fois installée, ne peut être que temporairement améliorée, son apparition peut être retardée et son évolution peut être ralentie grâce à un traitement préventif local aussi précoce que possible. P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE NICE

9-14 *septembre* 1946). — 25e *Section (Odontologie)*

Mes chers Confrères,

La soixante-cinquième session du Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences se tiendra cette année à Nice, du 9 au 14 septembre 1946.

Le panégyrique des précédentes sessions n'est pas à faire devant mes confrères ! Tous ont encore présentes à la mémoire les magnifiques manifestations scientifiques que provoquent les assises annuelles de l'A. F. A. S.

Chaque année, en effet, tout ce que la profession dentaire compte de chercheurs est présent à ce Congrès et chacun apporte sa contribution au patrimoine commun.

Cette année, mes confrères m'ont fait l'honneur de me porter à la présidence de la 25e Section « Odontologie » ; aussi ai-je la conviction que vous viendrez nombreux apporter le fruit de vos recherches, de vos travaux, concourant tous à mes côtés à l'élévation de notre profession.

C'est là le meilleur moyen d'affirmer notre vitalité et notre valeur. Notre désir de perfectionnement constant a déjà porté ses fruits. Demain, la récolte sera meilleure encore si nous savons ne pas nous ralentir.

Mes chers confrères, je vous convie tous à nous apporter vos observations cliniques ou les perfectionnements techniques que votre ingéniosité vous aura suggérés.

Le progrès est fait de l'effort de tous. Outre les communications strictement professionnelles, vous trouverez au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences toutes les branches de l'activité scientifique française. Il n'est pas d'exemple que l'on ne revienne grandi et instruit de telles manifestations.

J'ai pu me convaincre que c'est dans les congrès que de solides amitiés se nouent, que des connaissances édifiantes se font et que le courant des idées reçoit ses plus belles illustrations.

Cette année, la date comme la région sont idéales. Début de septembre et la Côte d'Azur ! Quelle plus belle fin de vacances avant de se remettre au travail avant l'hiver ! Qui ne connaît les magnifiques excursions du littoral méditerranéen !

Mes chers confrères, ne laissez pas passer cette occasion de revoir « la grande bleue » ; aussi, je vous donne rendez-vous dans ce site merveilleux, dans le ferme espoir que la grandeur de notre profession sera le sûr guide de votre décision.

Le Président de la Section d'Odontologie :
Dr HULIN,
Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes,
146, boulevard Malesherbes (17e) (Téléph. : Car. 29-71)

N. B. — Prière aux confrères désireux de prendre part au Congrès de bien vouloir m'adresser le plus vite possible le titre de leur communication et un très court résumé de celle-ci. Pour les adhésions au Congrès, prière de s'adresser soit à M. WALLIS-DAVY, secrétaire général du Comité exécutif, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e), soit à M. A. DEROUINEAU, secrétaire de la Section, 61, avenue d'Italie, Paris (Téléph. : Gobelins 25-90).

CONGRÈS DE ZURICH

Du 17 au 19 mai 1946 s'est tenu, à Zurich, le Congrès de la Société Suisse d'Odontologie, ainsi que sa 61e Assemblée générale.

De nombreuses communications et rapports furent donnés sans arrêt pendant ces trois journées.

La veille du Congrès, le 16 mai, s'était tenu le XIIIe Congrès de l'Arpa Suisse.

Plusieurs conférences, une assemblée administrative et un dîner amical très réussi ont réuni des membres suisses et étrangers de cette Société.

Les confrères français ont reçu de leurs confrères suisses l'accueil le plus chaleureux ; ces derniers se dépensèrent pour rendre le séjour à Zurich le plus agréable et surent compenser d'une manière très libérale notre pauvreté en devises.

Au cours du Congrès, parmi de très intéressantes communications, nous signalons le rapport sur *Quelques complications de malposition de la dent de sagesse inférieure,* par les Professeurs SCHMUZIGER, GUILLERMIN et KALLENBERGER et les Drs RABALL et BOSSARD.

Le prochain Congrès Suisse aura lieu en 1947, à Sierre, où nous espérons que de nombreux confrères français pourront se rendre.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

MANIFESTATION Antoine BLATTER

En raison de son âge et de la fatigue, notre confrère BLATTER abandonne ses fonctions.

Au moment où ce dévoué serviteur des chirurgiens-dentistes va prendre un repos légitime, ceux-ci n'oublieront pas les nombreux services qu'il leur a rendus depuis cinquante ans par son action incessante auprès des Pouvoirs Publics chaque fois que leurs intérêts étaient en jeu.

Ils n'oublieront pas notamment que c'est à l'action persévérante de BLATTER auprès des autorités militaires et en particulier de l'Amiral LACAZE et de M. Justin GODART que les dentistes doivent la création des Dentistes des Armées de Terre et de Mer pendant la guerre 1914-1918, et que seules les nécessités budgétaires ont empêché jusqu'ici la création de Dentistes de l'Armée active jusqu'au grade de colonel dont, sur son initiative, le décret était sur le point d'être signé il y a un an.

En témoignage de reconnaissance, la F. D. N. a décidé d'ouvrir une souscription pour offrir un souvenir à notre ami au moment où il prend sa retraite.

Tous les chirurgiens-dentistes, quelle que soit leur origine, tiendront à s'associer à ce témoignage si légitime de leur gratitude.

Se souvenant que BLATTER, avec le plus grand désintéressement a, toute sa vie, sacrifié ses intérêts personnels au service des chirurgiens-dentistes, nous espérons qu'ils voudront bien se montrer assez généreux pour que, avec l'excédent de la somme nécessaire à l'achat du souvenir, nous puissions réunir un petit capital qui viendrait s'adjoindre à l'aide que lui servira l'Ecole Dentaire de Paris et dans ces temps si difficiles pour rentiers et retraités, lui apporterait une petite ressource supplémentaire pour adoucir ses vieux jours.

LE COMITÉ.

***

Nota. — Les souscriptions sont reçues *dès à présent* par le Trésorier de la F. D. N., M. P. FONTANEL, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

Présidents d'Honneur :

MM.

L'Amiral LACAZE, ancien Ministre, Membre de l'Académie Française ;

Justin GODART, ancien Ministre, Président de l'Entr'Aide Française.

Comité d'Honneur :

MM.

Le Professeur G. ROUSSY, Recteur de l'Université de Paris ;

Le Professeur A. BAUDOUIN, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris ;

Le Professeur ROUVIÈRE, Membre de l'Académie de Médecine de Paris ;

Le Professeur LEMAITRE, Membre de l'Académie de Médecine de Paris.

Comité Exécutif :

MM.

Henri VILLAIN, Président de la Fédération Dentaire Nationale ;

Dr FRISON, Vice-Président de la Fédération Dentaire Nationale ;

WALLIS-DAVY, Vice-Président de la Fédération Dentaire Nationale ;

DELARRAS, Secrétaire général de la Fédération Dentaire Nationale ;

YON, Secrétaire général adjoint de la Fédération Dentaire Nationale ;

Dr HULIN, Président de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes ;

CORNIOU, Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ;

BUDIN, Président de la Fédération Nationale des Amicales des Armées de Terre et de Mer ;

Paul HOUSSET, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris ;

Dr ROY, Vice-Président du Conseil de l'Ecole Dentaire de Paris ;

LENTULO, Membre du Conseil de l'Ecole Dentaire de Paris ;

RIVET, Membre du Conseil de l'Ecole Dentaire de Paris ;

BERTHET-BOREL, Président de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juin 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DELIBÉROS qui, après avoir excusé le Dr ROY, n'ayant pu assister à la séance, donne la parole à M. BARTHÉLÉMY DE MAUPASSANT, qui présente trois observations :

I. — *Consolidation de D1 après curettage et résection apicale.*

Sur une patiente jeune, D1 présentait un kyste paradentaire très étendu venant s'insérer très bas sur la racine ; la table osseuse externe était entièrement détruite et la dent mobile dans tous les sens. Après ligature de celle-ci, au bout de six mois, on constate une consolidation parfaite de l'organe. (On peut contrôler le résultat d'après la radio ainsi que sur la malade présente.)

II. — *Choc rénal au cours de l'anesthésie locale.*

Il s'agit d'une malade sur laquelle l'injection des premières gouttes d'une solution de novocaïne à 2 % et adrénaline, déclenche des douleurs très vives dans la région lombaire.

Avec la même solution sans adrénaline, les symptômes ne se reproduisent pas. L'auteur rapproche cet accident du choc anaphylactique et se pose la question de savoir s'il ne s'agirait pas d'un phénomène d'ordre réflexe.

Prennent part à la discussion : MM. les Drs LAURIAN, DELIBÉROS et PELLETIER-DUTEMPLE.

III. — *Désinclusion de petits organes dentaires.*

L'auteur nous rapporte le cas d'un malade opéré de quatre petites formations dentaires incluses dans la région incisive. Il nous rappelle à ce sujet la thèse du Dr BENNEJEANT.

Trompé par la morphologie, on a souvent parlé des canines hétérotopiques ou de « transposed molars » chez les Anglo-Saxons. En réalité, ces dents ne correspondent pas à des molaires hétérotopiques, car elles ne s'accompagnent pas de réduction numérique des molaires.

La parole est donnée ensuite à M. le Dr Pierre D. BERNARD pour sa communication : *Nouvelles recherches expérimentales sur l'ionophorèse.*

L'ionophorèse permet l'étude anatomique des canaux dentaires dans des conditions bien meilleures qu'avec les procédés par injection sous pression, car aucun canal ne peut échapper à la « phorèse des ions ».

On peut ainsi découvrir une fréquence de canaux secondaires beaucoup plus grande qu'on ne l'avait reconnue jusqu'alors, au point qu'il ne faut plus parler de « foramen apical » mais de « delta apical ».

Comme corollaire, on établit que l'ionophorèse est le seul procédé qui permette un traitement des gangrènes pulpaires et des affections périapicales dans les cas de canaux inaccessibles et de canaux secondaires insoupçonnés qui doivent être considérés comme responsables des échecs aux thérapeutiques habituelles.

Malgré cette supériorité, la complexité technique de l'ionophorèse et la longueur des applications en faisaient, jusqu'à ce jour, une méthode d'exception. Mais l'emploi d'un nouvel « ion », symbolisé par « OH », cinq fois plus rapide que tous les autres ions, et la production extemporanée de cet ion par électrolyse, abrègent d'autant et simplifient considérablement l'application thérapeutique.

La brièveté de cette nouvelle technique implique une grande précision dans l'appréciation des « quantités », qu'un nouveau dispositif « intégrateur de milliampère-minutes » permet de connaître à tout instant de l'application.

L'auteur termine en lançant un appel à tous les praticiens désireux de lui apporter leur collaboration et leur demande de lui faire parvenir (à l'Ecole Dentaire de Paris) toutes les dents qu'ils seront amenés à extraire, avec indication de l'identité de la dent, de l'âge du sujet, des circonstances de l'extraction, de l'affection concomitante (affection apicale ou pyorrhéique)... Grâce à cette collaboration, des milliers de dents pourront être explorées très rapidement et une statistique établie qui permettra de déterminer avec précision : 1° la fréquence des canaux secondaires ; 2° les quantités d'ionophorèse nécessaires pour le traitement de tel ou tel type de dent, par la nouvelle technique.

Prennent part à la discussion : M. COTTAREL, Drs DELIBÉROS, LAURIAN, MM. LENTULO, PIERSON, CECCONI et de nombreux confrères qui assistent à l'expérimentation pleine de promesses et pressent de questions le conférencier.

Le Dr DELIBÉROS lit ensuite le texte de la communication de M. MAUCHAMP, de Grenoble, qui n'a pu se déplacer.

Il s'agit d'une enfant de 10 ans présentant une endognathie et prognathie du maxillaire supérieur et une légère endognathie et rétrogénie du maxillaire inférieur. De plus, d3 et g3 sont absentes.

Il s'agissait de savoir si, pour rétablir un bon équilibre, il fallait enlever deux dents au maxillaire supérieur afin d'avoir deux arcades présentant le même nombre de dents, ou conserver dans l'état actuel les deux arcades, en essayant d'obtenir une migration des molaires inférieures dans l'espoir de combler le vide par l'évolution postérieure des dents de 12 ans et de sagesse inférieures. L'auteur opte pour la seconde solution et nous communique les résultats (empreintes et photographies), après 7 mois de traitement, en nous laissant le soin de discuter de l'opportunité de ce traitement.

M. BEAUREGARDT prend part à la discussion.

La séance est levée à 23 h. 45. *Le Secrétaire Général* : M. RIVAULT.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Nous avons publié dans le numéro de mai 1946 le texte *in extenso* de **l'Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945**, sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

Nous indiquions que cette ordonnance ne semblait pas avoir suffisamment attiré l'attention des professions médicale et dentaire.

Nos confrères ne peuvent, bien évidemment, faire du *Journal Officiel* leur livre de chevet ! Aussi avons-nous pensé, en l'absence de Bulletins périodiques de l'Ordre ou des Syndicats, que notre Association, toujours à l'affût des questions intéressant notre profession, se devait de suppléer à ce manque d'information, dont les seules difficultés matérielles du temps présent sont responsables, nous n'en doutons pas.

Que devons-nous, principalement, retenir de cette ordonnance ?

* * *

L' « **Exposé des motifs** » indique, à juste raison semble-t-il que si : « en fait, les services d'inspection médicale scolaire ont fonctionné depuis de nombreuses années... à la vérité les résultats obtenus ont été très variables du fait de la diversité des organisations, de l'absence de méthodes uniformes, notamment en matériel du personnel médical ».

Pour remédier à cette insuffisance : « au moment où l'enfant viendra à être soumis à l'obligation scolaire, une visite médicale sera **obligatoirement** pratiquée......, les observations faites s'inscriront sur le fascicule scolaire **du carnet de santé** individuel... Des médecins spécialistes pourront être appelés périodiquement en consultation. Il paraît également urgent d'y préparer **le dépistage et le traitement** des affections bucco-dentaires ».

Ainsi, dans cet **exposé**, l'obligation des visites médicales scolaires est affirmée ; celle du dépistage et du traitement des affections bucco-dentaires fait l'objet de la préoccupation particulière du législateur.

* * *

Le texte même de l'ordonnance indique, entre autres points intéressants :

1° *Art.* I. — Au cours de leur sixième année, c'est-à-dire **dès l'âge de 5 ans**, tous les enfants sont **obligatoirement** soumis à une visite médicale.

Il nous semble souhaitable qu'à cet âge où s'amorce le remplacement de la denture lactéale par la permanente, un examen dentaire complète l'examen général de l'enfant :

D'autant que :

2° *L'Art.* 7 prévoit des sanctions disciplinaires qui frapperont « quiconque refusera de se soumettre ou entravera l'exécution des prescriptions de l'art. 2 ».

Ces termes impératifs indiquent une volonté bien déterminée d'aboutir. Cela ne peut que réjouir tous ceux qui, dans la profession dentaire, ont lutté bien avant la publication de textes officiels, pour que soient réalisés effectivement, dans notre domaine d'action :

— la propagande éducatrice ;

— le dépistage des affections bucco-dentaires.

* * *

Il serait téméraire de prétendre faire, dans un si court *Bulletin* l'exposé, même sommaire, des répercussions qu'une telle ordonnance peut avoir sur notre organisation professionnelle.

Cette ordonnance consacre, une fois de plus, tout le bien-fondé de l'œuvre entreprise et poursuivie par le **Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire** et ses filiales départementales, qui n'a cessé d'agir en accord avec les organisations responsables de la profession. Et cela est satisfaisant.

Mais cette ordonnance, en généralisant les **centres médico-scolaires** de dépistage

et de traitement, va poser une foule de problèmes que nous ne pouvons qu'énumérer : recrutement et qualification des Dentistes-Inspecteurs scolaires, Dentistes-traitants ; rémunération de ces confrères (utilisés à temps plein : Praticiens, Fonctionnaires ; ou à activité mixte) ; respect du libre choix du praticien (possibilité de traitement chez le praticien de la famille) ; sans parler d'une entreprise d'une telle envergure : la population d'âge scolaire étant d'environ 4.500.000 enfants, etc...

Devant l'acuité et aussi l'urgence de ces problèmes, nous devons faire confiance à nos organismes professionnels : l'Ordre qui veille sur l'honneur et la morale professionnels, les Syndicats qui ont la charge de nos intérêts matériels. Nous savons que le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire a déjà étudié les questions qui relèvent plus particulièrement de son domaine technique.

L'Association Générale des Dentistes de France est convaincue que la Profession fera tout son devoir devant le problème social du dépistage et des soins bucco-dentaires, dont l'organisation ne peut se faire que méthodiquement et progressivement en vue de synchroniser les intérêts légitimes de la Santé publique et des praticiens. Il est indispensable, pour reprendre l'heureuse expression de notre confrère **Benoist** « d'harmoniser le professionnel et la Société ».

Plus que toute autre l'**Association** souhaite que l'ordonnance du 18 octobre 1945 puisse, en toute harmonie, entrer en vigueur et développer son programme sans qu'un de ces facteurs soit injustement sacrifié.

Le Président de l'Association
Générale des Dentistes de France :
Dr A. AUDY.

DERNIÈRE HEURE

Nous recevons, au moment de mettre sous presse, le CRI D'ALARME, lancé par le Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire à toutes les Sociétés professionnelles, au Corps médical et à la Nation tout entière, contre un Décret du 20 mai 1946 qui met en cause les droits acquis des chirurgiens-dentistes, l'existence de toute la Profession et la Santé publique, par la répercussion des soins dentaires sur le comportement pathologique des individus.

Nous engageons vivement nos confrères à lire attentivement la circulaire reproduite ci-dessous et à nous faire part de leurs suggestions à ce sujet. La question envisagée est, en effet, d'une importance capitale à tous points de vue et une action énergique et rapide est nécessaire pour éviter la catastrophe que causerait la mise en application de ce décret.

* * *

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

14 Juin 1946.

Le Président,

Monsieur le Président de l'Association Générale des Dentistes de France,

Le Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire vient d'être informé, par les soins de son éminent administrateur, M. le Médecin Général Romey, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg, des faits suivants dont l'extrême gravité et les répercussions désastreuses, tant sur la santé publique que sur l'exercice professionnel en France, ne vous échapperont pas.

Lors de l'occupation temporaire des départements d'Alsace et de Lorraine, les autorités allemandes offrirent aux mécaniciens en prothèse dentaire qui avaient choisi de regagner les départements annexés de fait, de leur donner, après une année d'études dans une université allemande, le droit d'exercice réservé aux praticiens de l'art dentaire avec le diplôme de « staatlich geprüfter dentist » (dentiste diplômé).

Ce diplôme, selon la législation allemande, ne devait être obtenu que dans les conditions suivantes :

1° *Examen d'aptitude de mécanicien en prothèse dentaire ;*

2° *Stage d'apprentissage de 3 ans chez un chirurgien-dentiste accrédité ;*

3° *Examen final théorique et pratique de mécanicien en prothèse dentaire ;*

4° *Un stage de 2 ans comme mécanicien en prothèse dentaire chez un chirurgien-dentiste ;*

5° 12 mois dans un Institut dentaire allemand avec examen final ;

6° Stage d'un an comme assistant chez un chirurgien-dentiste.

En fait, étant donné le besoin urgent ressenti par les autorités allemandes d'avoir à leur disposition des praticiens de l'art dentaire, toutes ces épreuves se réduisirent à un stage de quelques mois à Karlsruhe.

32 mécaniciens crurent devoir accepter cette proposition.

La libération semblait, à tout le moins, devoir les faire rentrer dans la légalité française.

A notre profonde stupéfaction, il n'en a rien été et ces illégaux continuent non seulement leur exercice, mais un décret n° 46-1139, du 20 mai 1946, vient de décider, au mépris de la légalité républicaine et des simples convenances, qu'ils pourront postuler le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste avec dispense des deux années de stage, de la première année de scolarité, et, pratiquement, de tout titre initial.

En ce qui concerne la grave atteinte ainsi faite aux droits des professionnels et des étudiants, le Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire, soucieux de ne pas sortir de son rôle, fait toute confiance aux Groupements professionnels légalement habilités comme le Conseil de l'Ordre et la Confédération Nationale des Syndicats dentaires pour poursuivre les protestations qu'ils ont déjà formulées.

Il ne peut, en ce qui le concerne, rester indifférent à la très grave atteinte qui risque d'être faite à la partie de la santé publique qui lui est confiée par un recrutement qui manque autant de base légale que de compétence professionnelle et dont la valeur morale ne lui semble pas suffisamment établie par le fait, pour les intéressés, d'avoir spéculé sur la défaite française.

Il attire l'attention de tous sur le danger du précédent ainsi créé et sur l'extension possible de mesures aussi préjudiciables aux véritables intérêts du Pays, mesures prises avec une légèreté difficilement qualifiable en dehors de tout avis compétent.

Il invite tous les Groupements de Praticiens à s'unir sans aucune distinction pour une action assez vigoureuse pour faire annuler cette mesure dont il décide de saisir le Conseil d'Etat.

Je vous serais reconnaissant, Monsieur le Président, de nous dire si vous partagez notre point de vue et si vous êtes d'accord avec nous sur l'urgence et la vigueur de l'action à entreprendre.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Le Président du Comité National
d'Hygiène bucco-dentaire :
Charles AYE.

* * *

Ainsi, par un coup de surprise des bureaux des Ministères de l'Education Nationale et de la Santé publique, reconnaissant ou violant toutes les lois antérieures promulguées depuis 50 ans pour protéger la santé des français, une catégorie de praticiens n'ayant même pas l'excuse d'avoir pris le maquis, qualifiés uniquement par leur habileté manuelle pour l'exécution des appareils de prothèse, pourra après des dispositions calquées sur la législature allemande, traiter toutes les affections buccales et dentaires.

On se demande alors pourquoi le législateur prévoyant de 1892 et de 1945 a exigé, et exige toujours le baccalauréat ; des études poursuivies de 5 à 7 ans sanctionnées par 5 à 7 examens pour autoriser les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes à soigner les dents de leurs contemporains.

L'Association Générale des Dentistes de France qui a participé à l'élaboration de la loi de novembre 1892, qui participe à l'application de l'ordonnance de novembre 1945, fait sienne la protestation du Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire et est résolue à déférer au Conseil d'Etat le décret qui fait l'objet de cette circulaire.

Dr A. AUDY.

PRISE DE DATE. — L'occupation et les difficultés de communications ont empêché la réunion d'une ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Les déplacements étant devenus plus faciles, une Assemblée Générale de l'A. G. D. F. se tiendra à Paris, le 20 OCTOBRE PROCHAIN ; nous prions dès maintenant les membres de notre Association de réserver cette date.

LE PROFESSEUR DECHAUME

Le Docteur DECHAUME a été nommé Professeur de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 mai dernier (1).

Chargé de cours en 1941, il était en fonctions depuis 1938 ; il succédait à notre grand Maître Léon FREY et à l'excellent élève de celui-ci, Charles RUPPE.

Les conférences annuelles de M. DECHAUME ont été aussi appréciées des étudiants en médecine que des étudiants en chirurgie dentaire. La science évoluée et la limpidité des exposés attiraient de nombreux auditeurs.

Celui qui va occuper la chaire nouvellement créée, en dehors de sa valeur pédagogique, possède les plus beaux titres scientifiques, universitaires et hospitaliers auxquels on peut ajouter, pour le dépeindre tout entier, ses états de services militaires, ses blessures de guerre et ses citations.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon, il reçut une forte éducation chirurgicale et ses premières publications en témoignent. Lauréat de la Faculté de Lyon en 1927, de l'Internat des hôpitaux en 1927, Stomatologiste des hôpitaux de Paris en 1929, Médecin-légiste en 1934, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine en 1936, Lauréat de l'Académie de Médecine en 1942 (Prix Magitot), il est l'auteur d'ouvrages didactiques importants et de travaux scientifiques personnels concernant la chirurgie générale et la stomatologie. Il a publié 279 communications et films, dans la « Revue de Stomatologie », la « Presse Médicale », « Lyon Médical », « Annales de Médecine Légale », « Odontologie », etc... Il fut un conférencier éminent au cours de nombreux Congrès scientifiques.

Il est impossible, en si peu de place et en si peu de temps, d'analyser même l'essentiel de son œuvre. Je souhaite pour ma part que « l'Odontologie », dans la Revue des Ouvrages, cite les conclusions des communications qui apportent des idées nouvelles ou qui situent clairement les problèmes actuels, en ouvrant à la recherche des voies qui seront larges.

L'œuvre du Maître est éclectique, elle concerne la chirurgie, les maladies des parties molles de la cavité buccale, celles de la dent, les dysplasies, les dystrophies, les maladies des maxillaires, la syphilis, la tuberculose, l'actinomycose, le cancer, etc... Elle traite du sympathique en stomatologie, règle l'emploi des agents physiques, de la technique chirurgicale. Elle s'attache à la médecine sociale, a de larges vues sur les soins préventifs et curatifs, elle s'étend à la médecine légale, aux maladies professionnelles et, dans l'enseignement, s'oriente vers les méthodes nouvelles, l'emploi des films notamment.

Rendons à cette œuvre et à celui qui l'a si bien et si vite conduite, l'hommage dû par tous ceux qui s'intéressent au pur labeur scientifique et à la qualité sans cesse plus relevée de l'Enseignement.

P. HOUSSET.
Directeur de l'École Dentaire de Paris.

(1) " Journal Officiel " du 15 mai 1946.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Etienne MAIRE, ancien chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, décédé le 16 mai 1946, à l'âge de 79 ans, à Garches, où il s'était retiré depuis longtemps. Il était administrateur honoraire de la Société Coopérative des Dentistes de France, dont il fut un des premiers adhérents. J'adresse un souvenir ému à la mémoire de ce vieux camarade d'études (promotion D. E. D. P. 1886) qui, dans sa modestie, méritait l'estime de tous. Maurice ROY.

M. P. JARRIGE-LEMAS, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement a été éprouvé par la perte de sa femme, née Jeanne Garseau, décédée le 13 juin, à Paris. Nos sincères condoléances.

NOUVELLES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS (Concours)

Par décision du Conseil d'Administration en date du 12 mars 1946, sont ouverts :

1° Un concours de Chefs de Clinique de *Parodontopathologie* ;

2° Un concours de Chefs de Clinique de *Chirurgie Dentaire*.

Les candidats doivent s'inscrire par lettre adressée au Secrétaire général avant le 15 septembre et fournir avant le 30 septembre les pièces suivantes : Engagement de service ; Etat des services ; Renseignements généraux.

COURS DE REVISION

PRÉPARATION A LA SESSION D'OCTOBRE

Du 15 au 30 juillet et du 5 au 30 septembre

1° Ces cours concernent les élèves du Stage qui, n'ayant pu se présenter à la session de juillet (dispensés, refusés, etc...), désireraient se préparer à celle d'octobre ;

2° Les élèves des autres Ecoles dentaires et ceux qui suivent le stage chez des particuliers, pourront être admis à suivre cet enseignement, sur justification de leur qualité d'étudiant ;

3° Les élèves peuvent s'inscrire à partir du 15 juin, au Secrétariat de l'Ecole (Bureau N° 5) où ils seront renseignés sur les droits d'inscription ;

4° Cet enseignement concerne :

La Physique, la Chimie : M. CANIVET, professeur suppléant.

La Prothèse, la Métallographie : M. MARGUERITE, professeur suppléant.

5° Les dates des leçons seront indiquées au moment de l'inscription pour juillet et septembre.

* * *

a) Pour l'inscription, l'élève doit présenter sa carte d'étudiant ou un certificat d'inscription chez un praticien prenant des stagiaires ;

b) Les frais d'inscription des cours sont de 1.200 francs pour l'enseignement de la chimie, de la physique, de la prothèse et de la métallotechnie. ;

c) Les élèves, à chaque cours, doivent présenter au Professeur ou au Surveillant, une carte délivrée par le bureau N° 5.

Légion d'Honneur. — M. H.-A. GESME, Chirurgien-Dentiste, vient d'être promu au grade d'Officier de la Légion d'Honneur, avec la citation suivante :

« Membre du Service secret de la France Libre, a accompli dans des circonstances « des plus difficiles et des plus périlleuses, diverses missions en pays ennemi. A no- « tamment relevé les emplacements des terrains d'aviation allemande au Nord-Ouest « de Paris. A été arrêté par les Allemands en février 1943, pour espionnage, a été « incarcéré au Camp de Compiègne. N'a dû son salut qu'au manque d'informations « et de renseignements que possédaient les Allemands ».

* * *

Nous apprenons avec plaisir que M. A. MERCIER, Chirurgien-Dentiste, membre de notre Groupement, a été cité à l'ordre de la Division pour le motif suivant :

« Ayant rejoint volontairement la Mission de Liaison et affecté à un groupe « motorisé de reconnaissance divisionnaire, a témoigné des meilleures qualités de

« courage et de sang-froid dans les opérations auxquelles il a participé. En particulier, « le 24 août 1944, à Buges (Loiret), faisant partie d'une patrouille de reconnaissance, « a accompli parfaitement sa mission, en s'emparant d'un pont avec ses camarades « et enlevant la mitrailleuse qui le défendait, fait prisonniers les six servants sous un « feu très nourri, donnant l'exemple du courage tranquille allié à un bon sens tactique « et contribuant ainsi d'une façon importante au débouché des troupes américaines ».

Nous prions nos confrères d'accepter nos félicitations sincères.

Journées Dentaires de Paris. — Le Comité d'Organisation de ces Journées, dans sa séance du 7 mai 1946, a fixé la date des *XXes Journées Dentaires de Paris*, du 21 au 24 novembre 1946.

Mariages. — Le mariage de Mlle Colette Poulet, fille de M. Maurice Poulet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et nièce de M. Henri Poulet, chirurgien-dentiste à Fontainebleau, avec M. Claude Migaud, a eu lieu le 15 juin, à Paris.

Le mariage de M. Jean Boursier, membre de notre Groupement et du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mme Marie-Jeanne Oudot, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l E. D. P. et membre de notre Groupement, a eu lieu à Paris, le 5 juin 1946.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Vasseur et Madame, née Yvonne Kitler, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont annoncé la naissance de leur fils Didier, le 8 mai 1946.

Mme et M. Despeignes, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part de la naissance de leur fille, Françoise, le 13 mai 1946.

Nos sincères félicitations.

On nous communique. — Chirurgien-Dentiste français installé dans grande ville, désirant envoyer sa jeune fille en Angleterre, pour une durée d'un an, en vue de son perfectionnement dans la langue anglaise, prendrait en échange jeune fille de confrère anglais (Londres de préférence). Faire offre au Bureau du Journal qui transmettra.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRÈS VOLUMINEUX KYSTE CORONO-DENTAIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par le Docteur Paul LAURIAN.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 7 mai 1946.)

Je tiens tout d'abord à remercier notre Président, mon ami DELIBÉROS puisque c'est grâce à lui que je prends la parole devant vous ce soir.

Lorsqu'il m'a demandé une communication pour la Société, j'ai été très heureux de lui apporter mon concours et je tiens à nouveau à le remercier et à lui témoigner ma sympathie et ma sincère amitié.

* * *

M. F..., âgé de 60 ans, chef d'atelier chez Citroën, vient consulter, le 14 janvier 1946, pour une tuméfaction jugale droite, remontant, selon ses dires, à plusieurs années, et évoluant de façon silencieuse. Le patient a subi fin novembre l'avulsion de la 2e prémolaire supérieure droite, faite par un confrère de banlieue.

Fig. 1.

Cette dent siègeant en regard de la tuméfaction vestibulaire était indolore et indemne de toute carie et présentait, selon les souvenirs du patient, une importante rhyzalyse.

C'est sur les conseils de son dentiste que M. F... est adressé à l'Ecole Dentaire.

A l'examen extrabuccal, on constate une augmentation de volume de la région jugale droite, au niveau de laquelle l'os est soufflé et de consistance dure.

L'examen intrabuccal révèle une tuméfaction du sillon gingivo-jugal droit qui est comblé par une masse fusiforme molle et fluctuante, au niveau de laquelle une ponction ramène un liquide orangé contenant des paillettes de cholestérine.

Toutes les dents de l'hémiacarde supérieure correspondante sont saines et existantes sauf la 2e prémolaire extraite et la dent de sagesse.

Au point de vue fonctionnel, le patient signale des symptômes d'obstruction nasale remontant à 3 ou 4 ans, s'accompagnant d'une insuffisance respiratoire de la fosse nasale droite aboutissant à une légère suffocation.

Un traitement pré-opératoire est institué, à base d'extrait hépatique et de chlorure de calcium.

Le patient est envoyé au service de radiographie.

Le film (fig. 1) montre une image arrondie de vaste destruction osseuse avec rhyzalyse au niveau de la 1re prémolaire et des deux molaires supérieures droites.

Le 28 janvier 1946, après large anesthésie locale, le vestibule est incisé et l'on tombe immédiatement sur la poche kystique qui est incisée et libérée progressivement à la spatule mousse. Le rebord alvéolaire est réduit à une mince lamelle d'os. La première prémolaire et les deux molaires indemnes de toute carie sont extraites au davier et permettent la découverte d'une dent de sagesse incluse en position horizontale.

D. 8. D. 7 D. 6. D. 4.
D. 5.
Était extraite antérieurement.

Fig. 2.

Au niveau de la tubérosité, la destruction osseuse est considérable, l'os n'étant plus constitué que par une mince lamelle qui est libérée, la cavité s'étend jusqu'à la région ptérygo-maxillaire. Le décollement de la membrane kystique est poursuivi, doucement, à la spatule mousse, dans la partie supérieure de la cavité qui montre une perforation ovalaire du plancher du sinus avec destruction de la muqueuse et communication sinuso-buccale. Le rebord alvéolaire, presque totalement détruit, est réséqué à la pince gouge (fig. 2).

Après cautérisation au chlorure de zinc, la très vaste cavité est bourrée de mèche iodoformée.

Le 31 janvier, le patient est vu par M. Monet qui, après déméchage, retamponne à nouveau.

Les suites opératoires avaient été satisfaisantes, pas de douleurs, œdème jugal réduit.

Le samedi 2 février, après déméchage et exploration énergique par un confrère, il se produit une hémorragie assez abondante nécessitant un tamponnement compressif.

Le 4 février, je revois M. F..., un peu affaibli par l'hémorragie, mais la plaie opératoire est superbe, la cavité est laissée ouverte.

Le patient signale beaucoup moins de tension dans l'hémimaxillaire droit qu'avant l'intervention et déclare que sa respiration nasale se fait beaucoup plus facilement par la narine droite.

Le 7 février, la température s'élève à 40° sans aucun autre symptôme qu'un peu d'oligurie et de douleur lombaire.

Le patient est soigné par son médecin traitant qui prescrit des sulfamides. Le samedi 9, il est hospitalisé à Saint-Antoiné, dans le service d'O. R. L., les soins se bornent à des lavages de la plaie opératoire.

Le 11 février, je reçois une visite de sa femme qui me donne des nouvelles de son mari.

Le 15 février, le malade sort de l'hôpital, je le revois le lundi 18, un peu affaibli, il doit partir quelques jours plus tard à la campagne pour une période de deux mois de convalescence.

Quelle n'est pas ma surprise de revoir mon patient le 1er avril, son départ en convalescence ayant été retardé par une crise de colibacillose au cours de laquelle, après un clocher thermique à 40° avec grand frisson, claquement de dents et sourde douleur lombaire gauche, la défervescence s'est faite rapidement sous l'influence d'une série d'injections de vaccin anticolibacillaire et de mandelium.

Localement, la brèche opératoire est largement comblée, il persiste encore une plaie ovalaire qui, si cela est nécessaire, pourra être fermée par autoplastie.

Si je vous rapporte cette observation d'un très volumineux kyste, c'est que je désirerais insister sur quelques points particuliers dignes d'intérêt.

Tout d'abord, au point de vue diagnostic, j'avais pensé à un simple kyste paradentaire, de dimensions moyennes, et n'avais pas attaché une extrême importance à l'absence sur l'arcade, de la dent de sagesse supérieure, et c'est au cours de l'intervention que la découverte de la dent de sagesse incluse, en position horizontale, avec très vaste destruction d'os au niveau de la tubérosité, m'amena à considérer ce kyste comme dentigère, le processus ayant gagné, progressivement et lentement, la région prémolaire et le plancher du sinus.

La palpation du palais et de la tubérosité ne m'avaient révélé rien d'anormal lors du premier examen.

Je n'avais pas identifié, comme dent de sagesse incluse, la petite zone radioclaire existant dans la partie supérieure gauche du film radiographique.

J'avais demandé une plaque extrabuccale et le service radiographique ne m'avait transmis qu'un film, ne me donnant qu'une image incomplète de la destruction osseuse.

Je crois qu'il y aurait tout intérêt à réorganiser le service radiographique de l'Ecole afin qu'il nous permette d'obtenir des plaques extrabuccales avant nos interventions, dans les cas où cela est nécessaire.

Une fois l'intervention commencée, malgré l'étendue des lésions, il fallait la terminer et, à la lumière d'un cas clinique tel que celui que je vous présente, j'estime que nous avons le devoir de bien poser le diagnostic positif et le diagnostic d'intervention.

Nous sommes là, à la limite de nos possibilités, dans un service comme celui de notre Ecole.

On ne saurait être trop prudent et lorsqu'un cas clinique paraît trop complexe ou trop étendu, notre devoir est d'adresser à nos maîtres dans leur service hospitalier, les cas cliniques qui débordent largement notre zone d'intervention habituelle.

En ce qui concerne mon patient, j'estime lui avoir rendu un grand service en pratiquant l'exérèse de ce volumineux kyste (c'est le plus important de tous ceux que j'ai eu l'occasion d'opérer) ayant abouti à la destruction presque totale de son maxillaire supérieur droit.

Je dois le revoir dans quelques semaines, je le suivrai régulièrement et, s'il y a lieu, par la suite, il sera toujours temps de faire une autoplastie, la question du drainage du sinus par voie nasale ne se posant pas, selon mon avis, le sinus étant indemne de toute infection.

UN CRANE DE GORILLE A 36 DENTS

Par P. RODE,
Docteur ès sciences, Assistant à la Chaire de Mammalogie
du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris

et Dr L. SOLAS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 avril 1946)

« Les singes, dit MAGITOT (1), sont sujets, de même que l'homme, à un certain nombre d'anomalies par augmentation numérique des dents. Ce genre d'anomalies n'a été signalé que rarement aux incisives permanentes, mais constamment aux molaires ».

A l'appui de cette opinion, MAGITOT signale chez le Gorille trois exemples :

Deux têtes de Gorille à 34 dents avec........... M $\frac{4 - 4}{3 - 3}$

Une tête de Gorille à 35 dents avec.............. M $\frac{4 - 4}{4 - 3}$

Sa figure 8, planche V représente deux molaires surnuméraires placées aux extrémités de l'arcade et encore incluses dans le maxillaire.

M. le Dr VALLOIS a, de son côté, signalé une tête osseuse de Gorille présentant une 4e molaire supplémentaire à chaque demi-maxillaire droit (2).

Nous avons eu récemment la bonne fortune de pouvoir étudier un crâne de Gorille O encore plus intéressant puisqu'il comporte 36 dents. Il s'agit d'une pièce collectée, en 1930, à Molundu (Cameroun S. E.), par M. A. PETIT-RENAUD et appartenant aux collections du Musée de La Rochelle (no M 420). Elle nous a été obligeamment prêtée par M. le Dr LOPPÉ, Directeur du Musée de La Rochelle et son préparateur M. CHANUDET, à qui nous sommes particulièrement reconnaissants de nous avoir signalé cette pièce.

Le crâne est, à première vue, remarquable par ses proportions, sa capacité cranienne et son poids. En voici les données métriques :

Longueur totale : 318 m/m (la dimension moyenne des crânes de Gorilles mâles est de 288 m/m 6 (minimum : 255 m/m ; maximum : 322 m/m).

Capacité endocranienne : 600 cm3 (moyenne : 508 ; minimum : 400 ; maximum : 655) (3).

Poids : 1.507 grammes (moyenne :1.241 gr. ; minimum : 1.010 gr. ; maximum : 1.545 gr.).

L'état de la denture montre qu'il s'agit d'un animal âgé, les couronnes sont usées. Les dents qui manquent ont certainement été perdues après la préparation de la pièce. D'autre part l'état des dents est excellent. On ne relève aucune carie.

---

(1) Dr E. MAGITOT. — *Traité des anomalies du système dentaire chez l'Homme et les Mammifères.* (Masson, Paris, 1877).

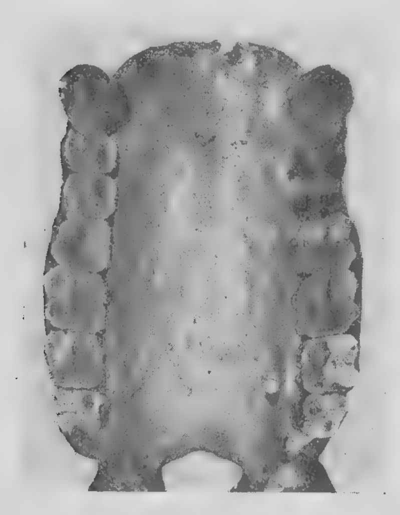
(2) H. V. VALLOIS. — *Molaires surnuméraires chez un Gorille. Bulletin Sté Hre Nat.* (Toulouse, 1925, p. 142).

(3) Chiffres extraits d'une étude en cours de P. RODE.

Chaque demi-maxillaire, supérieur ou inférieur, comporte une quatrième molaire (M. 4). Celle-ci est toujours de taille plus faible que les molaires précédentes. (On sait que chez les Gorilles à denture normale la troisième molaire supérieure est la plus forte, tandis que la troisième molaire inférieure est un peu plus petite que M 2). L'usure des couronnes est très avancée et ne permet pas l'identification des cuspides. Il semble cependant que les M 4 supérieures devaient présenter quatre cuspides principales, et les M 4 inférieures cinq. Quant aux racines, nous avons pu en compter trois sur M 4, mais il ne nous a pas été possible d'extraire les autres dents.

I. — Morphologie des couronnes des quatrièmes molaires

Supérieure droite M 4|. — Face triturante quadrangulaire de volume plus réduit et moins abrasée que M 3|. Deux cuspides externes, deux internes. Aspect bilobé, le lobe antérieur est le plus volumineux.



Arcades dentaires du gorille ♂ de Molundu, montrant les quatre M4.

Supérieure gauche |M 4. — Face triturante rectangulaire. Bilobée, lobe postérieur plus petit. Abrasion très prononcée.

Inférieure droite M 4|. — Face triturante triangulaire à base antérieure. Très abrasée. De volume inférieur à la molaire qui la précède M 3|.

Inférieure gauche |M 4. — Face triturante triangulaire à base antérieure. Plus volumineuse et moins abrasée que la quatrième molaire inférieure droite. Les deux cuspides internes sont encore en partie couvertes d'émail. L'abrasion très marquée sur ces quatre dents indique qu'elles ont été longtemps fonctionnelles comme les autres molaires.

II. — Rapports des quatrièmes molaires avec les arcades dentaires

Les quatre molaires supplémentaires sont placées très régulièrement.

Leurs faces mésiales sont en contact avec les faces distales des troisièmes molaires. Leurs faces vestibulaires et linguales sont dans le prolongement de celles des autres molaires.

A la mandibule, les axes longitudinaux des quatrièmes molaires sont convergents de bas en haut plus que ceux des troisièmes molaires. La convergence des axes vers le haut augmentant normalement de la première à la troisième molaire.

III. — Rapports d'engrènement

A droite. — a) La quatrième molaire inférieure M 4| s'engrène dans le *sens mésio-distal* avec la troisième et la quatrième supérieures.

La quatrième supérieure déborde l'inférieure du côté distal d'environ la moitié de sa couronne.

La pointe de la cuspide mésio-vestibulaire de M 4| vient se placer entre les cuspides vestibulaires de M 4|.

b) *Dans le sens vestibulo-palatin*, la quatrième molaire supérieure déborde la quatrième inférieure du côté vestibulaire.

A gauche. — a) *Sens mésio-distal* |M 4 s'engrène en avant avec la partie postérieure de |M 3 et en arrière avec |M 4.

La cuspide mésio-vestibulaire de |M 4 est en regard de l'espace entre les cuspides vestibulaires de |M 4. La quatrième molaire supérieure gauche déborde très peu en arrière l'inférieure gauche.

b) *Dans le sens vestibulo-palatin*, la dent |M 4 déborde l'inférieure légèrement du côté vestibulaire.

Mensurations. — Mensurations des troisièmes molaires du crâne à quatre molaires A comparées avec celles d'un crâne approximativement de même taille B mais n'ayant que trois molaires.

	Diamètre antéro-postérieur A		B	*Diamètre transversal* A		B
M 3|	14,8	:	14,9	15,8	:	15,3
|M 3	15	:	15	16,1	:	15,3
M 3|	17,4	:	18,2	16	:	14,2
|M 3	17,6	:	18,5	16,5	:	14,3

2° Mensurations des M 4.

	Antéro-postérieur		*Transversal*
M 4|	13,6	:	14,5
|M 4	12,2	:	13,5
M 4|	12,5	:	13,2
|M 4	14,8	:	14,1

Discussion. — L'augmentation numérique des dents n'est pas un fait restreint à l'homme et aux singes anthropoïdes. Elle peut se rencontrer chez tous les groupes de Mammifères. La M 4 se rencontre assez fréquemment par exemple chez les Equidés domestiques au maxillaire supérieur et porte le nom de dent de sagesse chez le cheval. L'un de nous a signalé d'autre part la présence d'une dent surnuméraire (M 4) chez un Daman *(Procavia ruficeps oweni)* (1).

Les espèces vivant actuellement ont moins de dents que les espèces éteintes, et on considère que tout organe dentaire en surnombre est une

(1) P. Rode. — *Note sur le Daman du Foula Djalon.* (*Bull. Mus.*, 2e série, T. VIII, n° 6, 1936).

trace d'un organe disparu. Il n'y a donc pas d'augmentation numérique vraie. Selon BOURDELLE, BENNEJEANT et WICART (1) il peut y avoir « des « réapparitions dans lesquelles la dent n'aura pas la forme ancestrale, « mais une forme voisine de la série à laquelle elle appartient ou bien plus « souvent une forme rudimentaire dont la morphologie aura beaucoup « souffert ».

Il est cependant assez curieux de constater que la formule théorique des Mammifères secondaires étant $\frac{3\ 1\ 4\ 3}{3\ 1\ 4\ 3}$, c'est rarement sur les prémolaires (qui sont réduites soit à $\frac{3}{3}$ chez les singes du Nouveau Continent, soit à $\frac{2}{2}$ chez les singes de l'Ancien Continent et les Hominiens) que se produit une augmentation, mais bien plus souvent sur les molaires.

Faut-il donc admettre avec LEDOUBLE que ces molaires surnuméraires sont l'indice d'un rappel ancestral plus éloigné encore et représenteraient la quatrième molaire des *Didelphys* (Marsupiaux) ? La question a été déjà envisagée et ne sembla pas rencontrer beaucoup d'adeptes.

Peut-on invoquer le cas de mutation ? C'est peu concevable, car l'apparition des dents surnuméraires est un caractère individuel et il ne paraît pas qu'on ait signalé des lignées d'individus dans une espèce donnée présentant ce caractère à titre héréditaire, tel que la polydactylie par exemple. S'il y avait mutation, le nombre de Mammifères à dents surnuméraires irait en augmentant rapidement. Rien de semblable n'a jamais été signalé.

On pourrait aussi considérer que le mécanisme de l'évolution des séries de germes dentaires, en un mot des dentitions successives peut s'accompagner de variations d'ordre physiologique ou hormonale (chez des individus particulièrement bien constitués, ou fortement charpentés, comme notre Gorille) variations qui peuvent amener le développement complet de germes qui normalement avortent. Ces conditions favorables sont individuelles. *(Laboratoire de Mammalogie au Muséum).*

---

(1) E. BOURDELLE, Ch. BENNEJEANT et Dr WICART. — *Anatomie et Physiologie bucco-dentaires.* (Baillière, Paris, 1937).

NÉVRALGISME FACIAL AYANT FAIT PENSER A UN ACCIDENT DE DENT DE SAGESSE ET A UN TROUBLE D'ORIGINE MYCOSIQUE

Par L.-J. CECCONI,
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 février* 1946)

Le névralgisme facial est un état pathologique caractérisé par des douleurs qui ont tendance à se renouveler, chronicité créant chez le malade un état spécial, le « névralgisme facial » nous dit SICARD qui, à côté des névralgies secondaires et de la névralgie essentielle s'apparente à l'algie sympathique, à la causalgie de WEIR-MITCHELL et aux réactions cénestopathiques de DUPRÉ.

Il s'agit de douleurs diffuses et continues dont les malades toujours prolixes et souvent geignards détaillent abondamment le siège, la nature et les modalités. Cette affection s'observe le plus souvent à la suite d'interventions sur le système dentaire (extractions, résections apicales, ablations de kystes, etc...).

Au reste tous les praticiens connaissent bien cet état si magistralement enseigné à cette école par le Dr BONNET-ROY ; état avec lequel ils se sont débattus fréquemment ; c'est peut-être là une des causes de l'attention souvent limitée que beaucoup de praticiens lui accordent.

C'est pourquoi j'ai pensé intéressant de vous présenter ce soir l'observation d'un malade qui, durant trois ans, égara toutes nos investigations et dont l'échec fut pour moi d'une amertume à peine adoucie par celui de confrères beaucoup plus distingués et plus qualifiés, avec l'espoir que l'un de vous aura peut-être vu un cas analogue et nous permettra d'en tirer quelques conclusions pratiques.

OBSERVATION. — M. Vallée, âgée de 40 ans, exerçant la profession de boucher, se présente à notre consultation au début de mai 1942.

Le malade se plaint d'algies de l'hémiface droite. Douleurs aiguës avec irradiations auriculaires particulièrement accrues dans la position couchée, le malade n'a pas pris de repos depuis trois jours.

A l'examen, le maxillaire supérieur présente des dents saines de ce côté, tandis que sur le maxillaire inférieur où $\overline{5|}$ et $\overline{6|}$ sont absentes, on trouve derrière $\overline{7|}$, au niveau de l'angle du maxillaire, un petit orifice à bords tuméfiés rouges, douloureux au toucher, au milieu duquel on aperçoit l'extrémité d'une cuspide ; à l'exploration à la sonde il est aisé de déceler la partie antérieure de la couronne d'une dent de sagesse vraisemblablement en évolution.

Péricoronarite banale. Traitement classique, désinfection, débridement, lavages au bock. Pour supprimer toute équivoque dans l'esprit du malade, que l'idée d'extraction de dent de sagesse épouvante un peu, nous avons extrait $\overline{7|}$ sans aucune difficulté.

Quatre jours après, le malade qui n'a connu que quelques rares instants de repos, revient à notre cabinet, décidé à ce que nous lui avions laissé entrevoir à sa première visite : l'avulsion de la dent causale.

Entre temps, un examen radiographique a été fait. Le malade est très déprimé, mais ne présente aucun signe particulier qui doive retenir notre attention, la fibro-muqueuse est toujours rouge et tuméfiée.

L'extraction de la dent est faite par la méthode chirurgicale, cette dent n'étant que partiellement évoluée. Intervention sans incident ; après résection à la gouge et au maillet de la table externe, la dent est basculée sous la pression de l'élévateur et vient tout entière.

Nous rappelons en passant que cette méthode offre l'avantage d'avoir une cavité très accessible, parfaitement contrôlable et des bords nets, ce qui supprime au maximum les risques d'infection post-opératoire par séquestre osseux ou sphacèles de la fibro-muqueuse, toutes choses que nous jugions indispensables dans ce cas particulier. Le malade est revu les jours qui suivent l'intervention ; léger œdème de la région, le malade se plaint toujours de sa névralgie mais ceci est mis au compte des suites opératoires et au bout de huit jours il est libéré de notre contrôle.

Deux mois après, l'épouse du malade venant consulter pour elle-même, nous dit : « C'est drôle, mon mari souffre toujours et sa plaie n'est pas encore fermée ». Nous demandons à le revoir à nouveau.

Nous retrouvons celui-ci avec des névralgies aiguës et une alvéole béante couverte de sphacèles blancs grisâtres et de débris qui, en raison de l'hygiène buccale, sont pris pour des débris alimentaires.

Nettoyage de la plaie, tamponnement au chlorure de zinc et pulvérisation locale d'Exoseptoplix ; nous revoyons le malade d'une façon suivie durant trois semaines ; la plaie est nette, se cicatrise, les névralgies s'atténuent et il est enfin libéré à nouveau de notre contrôle en octobre 1942.

De temps en temps, le malade est revu, se plaignant d'algies intermittentes, l'examen ne révèle rien d'apparent ni de notable.

En octobre 1944, il revient, et accuse de violentes algies au niveau de l'angle de son maxillaire avec irradiations auriculo-temporales.

Interrogé sur le laps de temps écoulé, il dit avoir toujours eu de petites névralgies d'une durée de trois à quatre jours, ceci tous les deux mois environ.

Là encore nous pensons à un sujet qui s'écoute, de trop névralgisme de Sicard ou même cénestopathie.

A l'examen, le maxillaire est cicatrisé, mais il subsiste une légère dépression au niveau de la dent enlevée, rien d'autre de suspect.

Quelques injections de Novocaïne espacées de quelques jours chacune sont pratiquées, compresses chaudes ou froides et comprimés antinévralgiques. Peu de soulagement cependant. Au bout d'un mois les algies aiguës ayant cédé, le malade est à nouveau perdu de vue.

Fin juin 1945, nous avons à nouveau sa visite ; après six mois de calme relatif les crises aiguës ont repris, rebelles à tous antinévralgiques habituels.

Nous décidons la consultation d'un spécialiste oto-rhino, lequel renvoie le malade après examen, conseillant injections Scurocaïne, aucun résultat.

Mois d'août, le malade souffre toujours ; début septembre, les douleurs sont devenues intolérables, la vie est devenue impossible pour lui. Examen radiologique qui n'apprend rien de nouveau.

Nous songeons alors au traitement électrothérapique (ionisation, ondes courtes), mais c'est la période des vacances, aucun spécialiste sérieux n'est présent. Nous pensons alors à une lésion du nerf au cours de l'extraction ou à un phénomène de compression au cours d'une cicatrisation défectueuse.

Nous envisageons donc successivement l'alcoolisation du nerf et aussi le procédé préconisé par Leriche et Van Den Linden, injection de Novocaïne sans Adrénaline.

En ce qui touche plus particulièrement notre spécialité, cette thérapeutique qui découle de l'enseignement du Prof. Leriche a une indi-

cation précieuse dans le traitement de la douleur après les extractions dentaires.

Nous en profiterons pour rappeler ici l'intéressant travail de M. DECHAUME (*Presse Médicale*, 1939) où il présente un cas typique d'arrachement du nerf dentaire au cours d'une extraction ; conséquences : douleurs vives irradiées à l'hémiface, impossibilité de toucher sans réveiller des douleurs intolérables. Sur avis de M. LERICHE, il est pratiqué une injection de Novocaïne sans Adrénaline autour de l'artère faciale dans son trajet masséterin. Soulagement immédiat, nouvelle injection et rapidement guérison complète du malade.

M. DECHAUME cite ce cas particulier et exceptionnel de déchirure d'un tronc nerveux assez important par une manœuvre brutale, rendue en quelque sorte inévitable, et le rapproche des cas d'extractions banales qui s'accompagnent toujours d'arrachement de terminaisons fines, sinon microscopiques et il pose la question, se demandant si l'alvéolite ne serait pas avant tout un trouble d'ordre sympathique.

Nous adressons donc notre malade à un Stomatologiste qualifié en vue du traitement que nous venons de citer. Il lui est fait des infiltrations péri-faciales et péri-temporales sans soulagement appréciable. Ensuite attouchements des ganglions sphéno-palatins avec liquide Bonain, résultat faible. Ceci au 1er septembre ; dix jours après, le malade présente des ganglions sus-claviculaires droits qui semblent n'avoir aucune origine bucco-dentaire.

A noter que depuis notre première consultation remontant à 3 ans, le malade n'a jamais accusé de trismus ni présenté de ganglions. Il est alors renvoyé à son médecin de médecine générale qui se propose de faire une ponction.

Le malade se trouve alors par relation familiale en rapport avec un autre médecin qui, après avoir entendu son histoire, l'examine et pose le diagnostic d'Actinomycose, inoculation au niveau de la dent de sagesse avec évolution très lente ; ceci non sans avoir fait un rapprochement avec sa profession.

Le traitement à l'Iodure de Potassium est commencé immédiatement, 4 jours après les ganglions ont complètement disparu. Le traitement est continué 10 jours, la névralgie a diminué. (Iodure de potassium à 10/300, 3 cuillères à soupe par jour).

Le traitement est complété par 5 piqûres de Lugol intra-veineuses, les névralgies ont totalement disparu à la cinquième. Nous revoyons notre malade à fin décembre, il semble complètement guéri.

Cette affirmation peut paraître un peu prématurée, mais vient pour nous du fait qu'une avulsion dentaire $\overline{4|}$ a été pratiquée depuis et n'a donné lieu à aucun accident.

COMMENTAIRES. — Avant de commenter cette observation, faisons, si vous le voulez bien, un rapide retour sur les notions que nous avons de l'Actinomycose. Provoquée par le développement dans l'organisme d'un parasite classé dans les champignons sous le nom de Mycose (je passe rapidement à dessein sur cette notion de parasitologie) connue depuis longtemps chez les animaux.

C'est DAVAINE, en 1850, qui au cours d'une communication faite à la Société de Biologie, décrit des tumeurs de nature inconnues qu'il trouve dans les maxillaires du bœuf.

Puis BOELLINGER, en 1876, découvre, toujours dans les maxillaires du bœuf, les fameux grains jaunes qu'il confie à son ami le botaniste HARZ, en vue de leur identification.

Enfin, ce sont deux chirurgiens Lyonnais : PONCET et BÉRARD qui,

les premiers en France, ont décrit les variétés cliniques et anatomiques de cette affection, en 1898, dans leur *Traité d'Actinomycose Humaine.*

C'est par les gencives que se fait l'infection, soit au niveau d'une ulcération, soit à la suite d'une plaie, soit à la suite d'un décollement au niveau du collet d'une dent. Cette affection peut avoir diverses formes : actinomycose péri-maxillaire, actinomycose gingivo-jugale, actinomycose temporo-maxillaire, actinomycose cervicale, actinomycose sous-maxillaire, actinomycose linguale, actinomycose amygdalienne. Après ces formes cervico-faciales qui sont les seules qui nous intéressent, il est bon d'ajouter des formes d'actinomycose thoracique, et des formes d'actinomycose abdominale.

Quelle que soit sa localisation, la maladie dont les caractères sont à la fois inflammatoires et tumoraux est une maladie grave pouvant aller jusqu'à la mort par cachexie progressive.

Tels sont les éléments rudimentaires et insuffisants que nous avons tous sur cette affection, exception faite pour quelques rares privilégiés qui ont eu la bonne fortune d'en apercevoir superficiellement un cas au cours de leur trop bref passage dans les divers services hospitaliers.

J'ajouterai qu'au point de vue étiologique, si l'origine végétale est admise, elle ne semble correspondre qu'à un petit nombre de cas.

Pour beaucoup d'auteurs, l'actinomycose est le plus souvent causée par le *Cohnistreptothrix Israeli*, variété de champignon qu'on trouve le plus souvent dans les recherches de laboratoire concernant le milieu buccal. Ce champignon existerait dans la cavité buccale à l'état saprophyte et ne deviendrait pathogène que sous certaines influences encore mal déterminées. (ISRAEL et PONFICK, LORD, COLBROCK, PINAY, MAGROU, SHAPIRO, L'HIRONDEL et DECHAUME).

Si l'étiologie est ainsi discutée, n'est-il pas permis de se demander si cela ne provient pas du fait qu'en raison de son évolution lente, la plupart du temps on se trouve en présence de malades à la période secondaire, c'est-à-dire celle des gros accidents, alors que le plus souvent les débuts ont passé inaperçus. Exemple : les communications de M. le D^r^ BONNET-ROY à cette Société, en 1936 et en 1941. Et seul le laboratoire peut fournir un renseignement plus ou moins appréciable.

Tandis que pris à sa période de début, il est plus aisé de remonter à la source et de rétablir avec précision l'enchaînement des causes de contamination possibles.

C'est là, à mon avis, un des points importants de la question et c'est là aussi que se trouve mis en évidence le rôle de premier plan qu'est appelé à jouer le praticien chirurgien-dentiste dans le dépistage et l'identification des accidents bucco-dentaires en général, et en particulier dans certaines affections complexes telles que l'actinomycose, dont les débuts qui passent le plus souvent inaperçus en raison de son polymorphisme clinique.

Il est intéressant croyons-nous d'attirer à nouveau l'attention sur cette complication d'inflammation gingivale à une époque où les diverses formes de stomatites connaissent une recrudescence particulière, à témoin les nombreux travaux faits sur ce sujet et, pour ne citer que les tout derniers, les communications de MM. les D^rs^ LATTÉS et VRASSE (*Soc. Odont. de France*, juin 1945), celle du Médecin-Commandant BERNARD (*Soc. d'Odont. de Paris*, décembre 1945), celle de M. GUDIN (*Information Dentaire*, avril 1945).

Ceci dit je ne vous ferai pas l'injure de reprendre l'étiologie des accidents de dent de sagesse, je vous rappellerai seulement qu'au point de vue siège et fréquence, les accidents de dent de sagesse (dans le cas qui nous occupe, qui est inférieur droit) sont en général infiniment plus fréquents à gauche qu'à droite.

Il est un fait également à signaler, c'est que les accidents de dent de

sagesse lorsqu'ils sont devenus infectieux, c'était le cas ici, provoquent une réaction ganglionnaire ; or, dans le cas qui nous occupe, le malade n'avait pas de ganglions. Ce qui tendrait à nous prouver que la phase d'inoculation mycosique est antérieure à la péricoronarite qui, elle-même, n'en est que le résultat et la première manifestation.

En effet, un des signes les plus importants est l'absence d'adénopathie soit sous-maxillaire, où nous la cherchons habituellement, soit dans la région carotidienne ou génienne. C'est là un des caractères anatomo-pathologiques principaux de cette affection et qui résulte vraisemblablement du fait que l'affection ne se propage pas par voie lymphatique.

Les adénites d'origine mycosiques sont tout à fait exceptionnelles (ROCHETTE, *Entretiens Stomatologiques*).

CONCLUSION. — Pour tirer de tout ceci une conclusion d'ordre pratique, voyons d'abord si le diagnostic d'accident de dent de sagesse est à retenir ; vraisemblablement pas, l'avulsion de 7| et 8| n'ayant pas amené de soulagement appréciable chez le malade et au contraire ayant ouvert une porte d'entrée supplémentaire sur un terrain déjà déficient.

Le diagnostic d'actinomycose, sans doute il fut bon d'y penser, mais en l'absence de recherches de laboratoire, il ne semble pas devoir être retenu et ceci est confirmé par l'argumentation de MM. les Drs ROY, BONNET-ROY et DELIBÉROS.

Donc trouble localisé au facial, trouble de voisinage dans une région présentant des dents et des gencives en mauvais état ; mais paraissant relever de causes générales débordant notre spécialité.

Je vous laisse le soin de conclure, n'émettant qu'un souhait, celui que ce modeste travail trouve sa place dans ce qu'il conviendrait d'appeler : *contribution à l'étude des faux accidents de dent de sagesse*, et des fausses actinomycoses cervico-faciales, ceci afin d'éviter à d'autres praticiens les méprises que j'ai connues moi-même et, à d'autres malades, des pertes de temps et des souffrances inutiles : toutes choses qui doivent constituer, je crois, le véritable but de notre activité.

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY et FREIDEL. — *Chirurgie maxillo-faciale* (Masson, édit.).

BONNET-ROY. — *Société d'Odontologie*, 1er juillet 1941.

CHOMPRET. — *La Pratique chirurgicale* Masson, édit.).

DECHAUME. — *Mycose cervico-faciale* (Doin, 1932).

DECHAUME et CHOMPRET. — *Considération sur l'étude de l'actinomycose des maxillaires* (*Revue de Stomatologie*, 1930).

LESPINASSE. — *Contribution à l'étude des fausses actinomycoses*. — Thèse, Paris, 1920.

L'HIRONDEL. — *Quatre observations d'actinomycose gingivo-jugale* (*Revue de Stomatologie*, 1925.

MAUREL GÉRARD. — *Chirurgie maxillo-faciale* (Le François, édit.).

PONCET et BÉRARD. — *Traité clinique d'actinomycose humaine*. 1898.

PONT. — *Maladies de la bouche et des dents* (Doin, édit.).

ROCHETTE M. — *Entretiens Stomatologiques* (Louis Jean, édit.).

REVUE ANALYTIQUE

QUINTERO (J.). — **Synalgie croisée du trijumeau.** (*Annales Odonto-Stomatologiques*, juin 1945).

Les synalgies du trijumeau s'observent assez fréquemment dans la pratique odonto-stomatologique. En général, de type dento-dentaire (douleur ressentie par une dent autre que la dent malade) ces synalgies sont presque toujours homolatérales ; le type croisé est exceptionnel.

Mais cette douleur d'origine dentaire peut aussi bien se localiser sur un autre organe : par exemple à la peau (type dento-cutaire), à la muqueuse (types dento-laryngé, dento-narinaire, etc., etc....).

L'auteur rapporte l'observation extraordinaire et des plus exceptionnels cas de synalgie triple : à la fois dento-dentaire croisée, dento-cutanée et dento-muqueuse. Les douleurs s'étendent et sont très vives ; le globe oculaire lui-même est sensible ; les douleurs au niveau de la muqueuse buccale sont telles que le patient ne peut supporter sa prothèse ; la sensibilité cutanée faciale est telle que le malade ne peut se raser ; la sensibilité thermique de la muqueuse buccale empêche toute mastication.

Les douleurs cessèrent aussitôt après l'ablation de la pulpe partiellement putréfiée de la canine droite. P. V.

ZBINDEN (C.). — **Contribution à la prophylaxie de la carie dentaire** (*Revue Mensuelle Suisse d'Odont.*, sept. 1945. — In *Information Dentaire*, 21 octobre 1945).

La prophylaxie de la carie est un sujet très à l'ordre du jour et l'auteur pense que dans le grand chapitre de la prévention des maladies, c'est un de ceux dont la réalisation pourrait être approchée le plus sûrement, par la mise en œuvre de mesures adéquates et de précautions dont la plupart sont d'ailleurs déjà connues et appliquées.

Les moyens préconisés par l'auteur sont au nombre de trois :

1° Examens dentaires fréquents et indépendants de tout traitement. Partant de l'idée que tout le malheur provient de l'ignorance où se trouve les intéressés de l'état dans lequel se présente leur denture et des dégâts que peut causer la carie, l'auteur voudrait voir s'instaurer un nouveau mode de surveillance. On proposerait au public, à très peu de frais, des examens dentaires, réalisés au besoin par des praticiens spécialisés ne donnant pas de soins, ceci afin de laisser toute liberté. Le patient quitterait le cabinet dentaire d'inspection simplement muni d'un bulletin sanitaire le renseignant sur l'état de sa denture ;

2° Obturation préventive des fissures dentaires et obturation précoce des caries. Les cavités seront faites très soigneusement, l'extension pour prévention sera poussée à son maximum ;

3° Pour Zbinden, les obturations mixtes sont seules susceptibles de donner de très bons résultats. Les obturations se composent d'une base de ciment puis d'amalgame, silicate ou aurification ; le ciment étant employé pour fixer la matière obturatrice, au même titre que pour fixer l'inlay coulé et protéger aussi la denture à laquelle il adhère intimement. L'obturation mixte réalise une juxtaposition de matières possédant des qualités qui se complètent admirablement. P. V.

Le Dentiste Capitaine GUDIN. — **Les gingivo-stomatites ulcéro-nécrotiques** (*Information Dentaire*, 15 avril 1945, N° 15).

M. Gudin ayant eu l'occasion d'observer de nombreux cas de gingivo-stomatites ulcéro-nécrotiques, affection très fréquente chez les jeunes soldats de cette dernière guerre, donne dans cet article son opinion et la manière dont il traite cette maladie.

Les lésions, au début, se manifestent par un léger prurit gingival, une sensation de brûlure, d'agacement. Bientôt apparaît une nécrose de la languette inter-dentaire. Cette destruction, quelquefois à peine perceptible, est si l'on peut dire le signe pathognomonique de la maladie. Il faut la rechercher. Au bout de quelques jours, si on enlève les dépôts pultacés et le magma putride, on trouve dessous une ulcération saignante ; plus tard la nécrose s'étend des tissus mous au septum osseux, il peut même

se constituer un séquestre. Les lésions s'accompagnent, suivant leur siège, d'adénopathie sous-angulo-maxillaire, sous-maxillaire, sous-mentonnière ou génienne. L'affection peut s'étendre aux parties voisines.

Au début, il n'y a pas de signes généraux, ce n'est que si l'affection persiste et n'est pas traitée que les malades présentent les signes d'infection.

Au point de vue étiologique, il est à remarquer que cette affection se développe sur des individus ayant tout l'aspect d'une bonne santé, ayant une nourriture abondante mais anormale où l'insuffisance des principes frais vitaminés est constant. Cependant, les considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques ne permettent nullement de conclure à une avitaminose C. Il est probable qu'on a affaire à un complexe étiologique et c'est sur ce terrain préparé par un déséquilibre général que va apparaître la lésion locale.

Le diagnostic est en général facile ; il faudra cependant songer à la gingivite nécrotique leucémique et à la gingivite scorbutique fruste.

La guérison survient très rapidement en imposant aux patients une thérapeutique appropriée. M. Gudin préconise le brossage énergique des gencives avec deux solutions alternées : le matin, 20 gouttes dans un verre d'eau d'une solution de chlorure de zinc au dixième ; le soir, une demi-cuillère à café dans un verre d'eau d'une solution de Dakin. L'originalité et l'efficacité de cette méthode réside dans le brossage énergique. La thérapeutique générale, plus incertaine, semble consister dans le rétablissement de l'équilibre par une meilleure hygiène alimentaire et l'absorption de quelques vitamines. La thérapeutique vitaminée appliquée seule est inopérante. P. V.

PY. — **Au sujet des hémorragies alvéolaires.** (*Information Dentaire*, 18 nov. 1946, N° 46).

Pour l'auteur, les études qui ont été faites jusqu'à ce jour, sur cette question, sont décevantes. Les moyens thérapeutiques indiqués sont compliqués lorsqu'ils sont curatifs, ou ennuyeux pour le malade quand ils sont préventifs. D'ailleurs, en ce qui concerne la prévention, on ne peut guère y songer, en raison de l'emprise de la plupart des interventions. Aussi, a-t-il recherché le résultat désiré en utilisant le bain de bouche. Le principe sur lequel l'auteur s'est appuyé est l'action des solutions hypertoniques. On sait que le citrate de soude à faible dose est nettement fluidifiant, tandis qu'à haute dose il augmente la viscosité du sang. Pour obtenir plus sûrement le résultat recherché, M. Py a utilisé des sels ayant, même à faible dose, une action décongestionnante tel que le chlorate de potasse, auquel il a ajouté un sel de magnésium dont l'effet cytogénétique devait prolonger et pour ainsi dire fixer la vaso-constriction produite par le chlorate de potasse. L'auteur emploie donc un chlorate double de potasse et de magnésie dissous dans une solution analgésique à base de chloral. Depuis dix ans que M. Py se sert de ce médicament, il n'a jamais eu d'hémorragies post-opératoires. Non seulement la solution peut être employée sous forme de bains de bouche, mais également en lavages alvéolaires. P. V.

FABRE et PASCOT. — **La tuberculose linguale.** (*Gazette des Hôpitaux*, 1er janvier 1946).

Les auteurs ont condensé en cet article intéressant les connaissances actuelles sur la tuberculose linguale. Ils concluent ainsi :

1° La tuberculose de la langue est une affection rare, surtout observée chez l'homme adulte ;

2° Le rôle du terrain dans l'apparition de ces lésions est primordial. On les observe principalement chez les tuberculeux pulmonaires cracheurs de bacilles ;

3° Le bacille de Koch commande l'aspect des lésions ; on distingue de ce point de vue des lésions multibacillaires, l'ulcération, la tuberculose miliaire, l'abcès froid ; des lésions pancibacillaires, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, la forme hypertrophiante.

4° Les formes cliniques sont : l'ulcération soit simple, soit large et profonde ; l'abcès froid ou tuberculome, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, la tuberculose miliaire, la forme papillomateuse hypertrophiante, la plaque lisse tuberculeuse.

5° Le diagnostic étiologique est très difficile. La biopsie doit être systématique ;

6° L'apparition d'une ulcération linguale chez un tuberculeux pulmonaire est un signe de défaillance de l'organisme, un signe de mauvais pronostic ;

7° La thérapeutique générale est celle de toute tuberculose et doit être instituée dans tous les cas.

La thérapeutique locale varie selon le type anatomo-clinique des lésions.

Une ulcération étendue d'allure primitive doit être détruite par cautérisation (chimique ou thermique) ou par roentgenthérapie. Une ulcération primitive localisée doit être enlevée chirurgicalement (excérèse au bistouri, au thermocautère ou au bistouri électrique).

L'abcès froid chez un malade ne crachant pas de bacilles doit être réséqué en bloc sous anesthésie locale.

Le lupus est du domaine des scarifications linéaires quadrillées ou de l'ignipuncture au galvanocautère, c'est un cas d'espèce.

La plaque de la tuberculose papillomateuse hypertrophiante doit être réséquée chirurgicalement. La tuberculose miliaire est au-dessus des moyens thérapeutiques actuels, seuls les analgésiques locaux sont indiqués. P. V.

MERLE-BÉRAL (J.). — **Traitement orthodontique des béances pures chez l'enfant.** (*Information Dentaire*. N° 23, 1945. — In *Revue de Stomat.*, N° 7, 1945).

Le terme de béance pure s'applique aux cas d'absence de contact entre les arcades dentaires, dans lesquels l'arrêt de développement maxillaire constitue tout le syndrome pathologique observé.

Le traitement doit être envisagé à deux périodes : avant et après six ans.

1° Avant six ans, il est surtout prophylactique. En dehors du traitement général (syphilis, rachitisme) il s'adresse localement surtout aux mauvaises habitudes infantiles qu'il faut faire disparaître avant d'envisager un traitement réducteur des déformations elles-mêmes (suppression de la succion du pouce, de l'interposition interdentaire langue ou lèvres...) ;

2° Après six ans, le traitement réducteur doit être entrepris. Seule l'action mécanique pourra corriger la béance. Elle comprend la réduction et la contention. La réduction se fera uniquement avec des appareils mamovibles ; les appareils amovibles se montrant impuissants. L'action portera soit sur le bloc antérieur, soit sur le bloc molaire, soit sur la région de l'angle mandibulaire.

a) Action sur le bloc antérieur. L'auteur décrit de nombreux appareils, montrant ainsi la difficulté du traitement : appareils d'angle modifié, de Case, de Schwarz, de De Coster, de De Nevrezé. Il donne la préférence au dispositif de De Nevrezé et De celle comprenant un arc à rotules ou à charnières. Celui-ci, établi ordinairement sur l'arcade supérieure est formé de trois pièces, dont l'antérieure est mobile sur les deux latérales. L'arc inférieur, unique, est fixé sur les dents. Une force intermaxillaire déplace les dents antérieures par deux ou quatre au maximum ; dents baguées et fixées à la partie mobile de l'arc. Opérer avec lenteur.

b) Action sur le bloc molaire. Par meulage des faces triturantes, pour béance légère ou pour faciliter le résultat final ;

c) Action sur la région de l'angle. Elle se fait par force occipito-mentonnière seule ou par la suspension (méthode de De Nevrezé). Dans ce dernier cas, trois à quatre séances par jour sont nécessaires, pouvant aller jusqu'à une demi-heure chacune. Agir avec prudence.

La contention est toujours très longue et les récidives ne sont pas rares. La septotomie se montrerait efficace au niveau des dents ayant subi une réduction orthodontique. P.V.

REVUE DES LIVRES

LACOLLET (P.). — **Du prognathisme et de son traitement chirurgical.** (Thèse de Lyon, 1943. Edité chez Bosc et Rion, Lyon. — In *Revue de Stomat.*, N° 1, 1945).

Intéressante étude critique qui après avoir défini le prognathisme en divise les variétés en trois classes : prognathisme simple, prognathisme avec surocclusion, prognathisme avec béance. Dans l'étiologie, l'auteur retient : les facteurs héréditaires, les traumatismes, l'acromégalie confirmée ou larvée, l'adénoïdisme, et enfin les prognathismes liés à l'évolution dentaire, première et deuxième dentitions. La partie la plus importante du travail est consacrée au traitement chirurgical, étant entendu que celui-ci ne doit être entrepris qu'après échec ou impossibilité du traitement orthodontique. Les différentes opérations proposées par les chirurgiens français et étrangers sont passées en revue, pour arriver à cette conclusion que chaque méthode peut trouver ses indications suivant les cas. Le prognathisme souple est justiciable de l'ostéotomie de la branche montante. Le prognathisme avec surocclusion appelle la résection bicondylienne ou encore l'ostéotomie sus-spygienne. Au prognathisme avec béance conviennent l'ostéotomie sus-spygienne ou la résection cunéïforme de l'angle. Au sujet de la technique de l'ostéotomie sus-spygienne, M. Lacolley montre les avantages de la méthode et de l'instrumentation mises au point par G. Ginestet : (accès par voie buccale et scie Difra avec protecteur). P.V.

ROBERT (J.). — **Traitement chirurgical des perforations traumatiques du plafond buccal.** (Thèse de Lyon, 1943. Edité chez Rey, Lyon).

Ce travail, très bien fait, intéressera tous les praticiens qui s'occupent de chirurgie buccale. C'est un exposé de toutes les techniques chirurgicales qui employées à bon escient, sont susceptibles de donner de bons résultats. Les meilleurs procédés de restauration du plafond buccal y sont décrits avec clarté et minutie.

Ce travail est divisé en trois parties :

La première partie est consacrée à l'anatomie de la région, à l'anatomie pathologique des lésions et à la classification de ces lésions.

La seconde partie, la plus développée, comporte la description des techniques chirurgicales de réparation des diverses lésions ; d'abord les petites et moyennes perforations, en tenant compte de leur situation, médiane, alvéolaire, vestibulaire ; puis, en second lieu, les perforations importantes que leur situation soit palatine, palato-alvéolaires ou palato-alvéolo-vestibulaire.

De cette étude il ressort que la chirurgie est la méthode de choix de traitement des pertes de substance du plafond buccal et que la prothèse restauratrice et obturatrice ne doit plus être employée que dans les contre-indications et les échecs de la chirurgie. Cependant, avant certaines interventions chirurgicales, il sera nécessaire d'appliquer un appareil prothétique de soutien pour permettre dans les meilleures conditions la cicatrisation des lambeaux.

Dans la troisième partie, l'auteur rapporte une série d'observations très intéressantes. P.V.

PIOBETTO (J.). — **Malformations et anomalies radiculaires des dents. Essai d'étiologie et de pathogénie.** (Thèse de Lyon, 1944). (In *Revue de Stomatologie*, n° 9).

Etudiant tout d'abord les malformations, l'auteur les classe en malformations de causes, mécanique, traumatique, tumorale, embryologique, infectieuse et générale. Chacune de ces causes pouvant agir au stade folliculaire, au stade de calcification ou après la calcification totale de la racine. Parmi les malformations d'origine mécanique se place la dent de sagesse en bec d'aigle de Ginestet ; parmi celles qui sont occasionnées par des actes thérapeutiques (causes traumatiques) il faut ranger les malformations radiculaires consécutives aux avulsions dont les premières observations ont été rapportées par Darcissac ; ou encore celles qui peuvent succéder à des traitements orthodontiques. Les tumeurs et les kystes liés au système dentaire, peuvent aussi produire des anomalies radiculaires (déformations, hyperplasies, résorption). De même l'infection locale entraîne souvent des rhizalyses. L'action des infections générales, comme la syphilis, est ensuite décrite ; puis l'auteur étudie l'influence des troubles trophiques dans la production des anomalies et malformations radiculaires et il recherche quel peut être le retentissement des maladies générales sur les dystrophies radiculaires. Enfin cette étude se termine par le rappel du retentissement pathologique de la première denture sur la seconde. De toutes ces considérations découle la notion d'une prophylaxie possible de certaines malformations et anomalies radiculaires. P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 juillet 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DELIBÉROS qui donne la parole au Dr BONNET-ROY pour sa communication : *Phlegmon périmandibulaire d'origine dentaire traité par la pénicilline.*

Le conférencier nous rapporte le cas d'un malade de 46 ans. A la suite d'une extraction de dent de sagesse inférieure, faite dans de très bonnes conditions, un trismus très marqué se manifeste avec élévation thermique. On constate seulement une infiltration modérée de la région rétro-molaire et pré-amygdalienne.

Des lavages au bock et des sulfamides sont d'abord administrés. Pendant trois semaines, la situation, au lieu de s'améliorer, s'aggrave. une intervention sous anesthésie générale est décidée. Une incision sous-angulo-maxillaire libère une petite quantité de pus. On y laisse ensuite un drain. Le lendemain, une injection de 100.000 unités de pénicilline amène une amélioration qui tourne à la guérison lors d'une seconde injection.

Il manque évidemment à cette observation une indication précise du microbe en cause. Mais l'action de la pénicilline a été indiscutable et c'est à ce titre qu'il est intéressant de la rapporter. L'auteur termine en indiquant qu'il eut mieux valu faire d'emblée une dose de 200.000 unités que de l'injecter en deux fois.

La parole est ensuite donnée à M. A. RIVAULT pour ses « *Etudes sur les barres cingulaires dans les plaques décolletées* ».

Après avoir rappelé la conception des plaques décolletées et indiqué le souci de l'intégrité tissulaire qui préside au tracé de ces plaques, le rôle important que joue la détermination et l'appréciation des indices biologiques individuels, l'auteur définit les barres cingulaires : éléments stabilisants de la plaque base ; de ce fait secondairement permettant la rétention assurée par les crochets ou les attaches, ou plus simplement l'adhérence de contact.

Ne sont envisagés dans ces études que les cas où les conditions articulaires permettent l'emploi de ces barres cingulaires.

Leur construction :

a) *Méthode classique* : la surface en contact avec le revêtement adamantin est tapissée d'or fin. Un fil de platine voudié assure la rigidité. La coulée de l'or (même alliage que la plaque base) assure la jonction de ces deux éléments et la continuité avec la plaque base.

b) *Procédés présentés* : Souci d'éviter le contact d'un métal dur avec le revêtement adamantin (risque d'action scoliodontique de l'émail).

Deux cas sont envisagés :

1° Or estampé soudé électriquement par points à la barre cingulaire qui est coulée en alliage inoxydable.

2° Des tendeurs en métal inoxydables tréfilés sont investis dans la coulée d'or.

Ensuite sont étudiés les différents moyens d'attache à la plaque base — (lorsque celle-ci est entièrement coulée) à la barre linguale (s'il s'agit d'un appareil du bas), aux entretoises s'il s'agit d'une plaque base mixte.

L'auteur termine en indiquant que ces études élargissent les possibilités d'emploi des alliages inoxydables dans les plaques décolletées.

Prennent part à la discussion : MM. HOUSSET et LENTULO

La parole est ensuite donnée au Dr SOLAS qui nous entretient de la *Création d'une Commission de terminologie* :

Il propose, au nom du Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris la nomination d'une « Commission de rationalisation du vocabulaire scientifique ».

Cette Commission comprendrait deux sous-commissions.

La première (*Terminologie*) procéderait au recensement des mots existants Elle pourrait également indiquer les mots à créer.

La deuxième sous-commission (*Etymologie*) aurait pour but de contrôler la morphologie des termes étudiés par la première. Elle serait dirigée par un linguiste. M. le Professeur Ch. BRUNEAU, pressenti, a bien voulu donner son acceptation.

La Commission proposée a été acceptée par la Société : MM. BEAUREGARDT, Dr DEVILLIERS, HOUSSET, NINET ont été nommés membres ; Le Dr SOLAS, secrétaire général.

Le premier but de ce nouvel organisme sera de rechercher dans toute la profession les compétences et les concours.

La Société, à l'unanimité charge les membres qui viennent d'être désignés de rencontrer M. le Professeur Ch. BRUNEAU pour le remercier de l'accueil favorable qu'il a bien voulu réserver à ses travaux.

Ont pris part à la discussion : MM. SOLAS, BEAUREGARDT, DELIBÉROS, DEVILLIERS, LENTULO, HOUSSET, VILLAIN.

Le Secrétaire général M. A. RIVAULT, fait ensuite le rapport annuel de l'activité de la Société pour l'exercice 1945-1946. Il termine en souhaitant voir élire son confrère RIGOLET pour prendre la suite du Secrétariat général, ayant terminé ses trois années dans cette fonction.

Le nouveau Bureau est constitué comme suit :

Président	M. GABRIEL.
Vice-Présidents	Mme HEMMERLÉ.
—	M. LENTULO.
Secrétaire général	M. RIGOLET.
Secrétaire général adjoint	M. LISKENNE.

La séance est levée à 23 h. 30.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 28 mai 1946

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence du Dr RACHET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Le Président rappelle la création d'une « Tribune Libre » ouverte à tous les confrères désireux de soumettre un cas de prothèse ou de pathologie à leurs collègues. Il inaugure lui-même cette tribune par la présentation, au cours de la séance, d'un malade atteint d'artério-mycose cervicale en insistant sur le diagnostic différentiel avec le phlegmon ligneux ou l'adénite bacillaire.

Le Président donne la parole à M. le Dr WORMS, Médecin à l'Hôpital Lariboisière, pour sa communication sur : *Les staphylococcies malignes de la face.*

Le conférencier s'élève tout d'abord contre le tableau clinique classique qui fait de la thrombo-phlébite du sinus caverneux la seule complication du furoncle de la lèvre supérieure. Il souligne que s'il existe, ce tableau clinique n'est pas la seule complication locale du furoncle de la lèvre qui peut subir une transformation locale et devenir ce qu'il appelle « staphylococcie maligne de la face » ; placard rouge tuméfié parsemé de pustules purulentes, très chaud mais peu douloureux sans réactions lymphoganglionnaires, accompagné des signes généraux graves de septicémie : température à 40, pouls à 120 ou plus, abaissement de T. A., état « typhoïde » ; l'état septicémique est dû à l'ensemencement massif du sang par le staphylocoque, par le canal des veines de la face.

La staphylococcie maligne de la face évolue vers la mort dans 90 % des cas, ou plutôt survenait car, souligne le conférencier, la pénicillinothérapie a entièrement transformé le pronostic de cette grave complication du furoncle de la face.

L'auteur justifie alors le choix de ce sujet et l'intérêt qu'il présente pour les stomatologistes en rapportant trois cas où la staphylococcie maligne de la face a une origine dentaire et l'analogique présente la S. M. de la face avec les cellulites phlébitiques ou thrombo-phlegmoneuses décrites par SEBILEAU et ROUSSEAU-DECELLE qui sont d'origine dentaire et où on retrouve du staphylocoque.

L'auteur insiste sur l'importance des hémocultures pour essayer de résoudre le problème et termine son brillant exposé en donnant la thérapeutique de cette staphylococcie diffuse ; après avoir recommandé une thérapeutique locale abstentionniste : « ne piquez pas, ne coupez, pas, n'irritez pas », l'auteur conseille d'emblée l'emploi exclusif de la pénicilline à raison de 200.000 unités par jour pendant 4 à 5 jours.

Le Président remercie le conférencier et lui demande quelques précisions sur les rapports de similitude qui semblent exister entre les staphylococcies malignes de la face et les ostéo-myélites à staphylo et sur les traitements associés pénicillinothérapie, sulfaminothérapie, radiothérapie.

Présentation de films commentés par M. DUMONTEIL, Directeur des films spécialisés « *Eclair* » : « *Le cinéma au service de la pédagogie* » avec projections de films : *L'optique de l'œil* ; *Le principe d'Archimède* ; *La kariokinèse* ; *Le Pou de San José.*

Le Président remercie M. DUMONTEIL de sa présentation et termine en soulignant l'apport considérable qu'apportera à l'Enseignement dentaire, dans les Ecoles, cette nouvelle formule pédagogique.

La séance est levée à 23 h. 30. *Le Secrétaire des Séances* : Pierre FROMENT.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 29 mai 1946

Consacrée à l'étude des gingivo-stomatites d'allure épidémique, observées depuis la fin de l'année 1944.

Quelques résultats de la thérapeutique salicylée dans les stomatites ulcéro-sanieuses, par MM. Cadenat et Charouleau (Toulouse). — Après une rapide esquisse clinique où ils soulignent les caractères d'épidémicité et de contagiosité de la maladie, les auteurs proposent comme thérapeutique : 1° la sensibilisation de la muqueuse par injections de bismuth ; 2° bains de bouche au salicylate de Na ; 3° injections de salicylate à la dose de 4 grs par jour pendant 5 jours.

Pathogénie et traitement de la gingivo-stomatite de la libération 1944-1945, par Rialland (Vernon). — Rejetant avitaminose et épidémicité, l'auteur incrimine la défaillance des immunités naturelles provoquées par des excès d'aliments azotés ou acides. Le traitement est donc, avant tout, d'observer une meilleure hygiène générale et alimentaire.

Contribution à l'étude des gingivites épidémiques collectives, par Boisnière (Cannes). — L'auteur met en relief l'origine microbienne de l'affection et en établit l'épidémicité. L'eau serait le vecteur des germes pathogènes. Les examens bactériologiques des exsudats gingivaux montrent la présence constante de fuso-spirilles. Les hémocultures (ponctions gingivales) décèlent l'entérocoque. Les analyses hématimétriques indiquent une augmentation des globules blancs. Cycle évolutif de la maladie : gingivite prémonitoire, à la période d'état, stomatite, puis évolution des cas rebelles vers la pyorrhée.

A propos des gingivites ulcéreuses d'allure épidémique observées depuis la fin de l'année 1944, par M. Sapet (Nice). — Rappel des formes cliniques et compte rendu des examens bactériologiques. Etiologie obscure. L'auteur nie la contagiosité. Traitement anti-infectieux local. Injections tous les deux jours de vitamines C et P.P.

Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses d'allure épidémique observées depuis la fin de l'année 1944, par M. Rochette (St-Raphaël). — Local : analgésique et antiseptique. Général : anti-infectieux : vaccinothérapie ; Cyanure de Hg intra-veineux ; Acide ascorbique en I. V. ; Stimulants de la fonction hépatique ; Les sulfamides doivent être réservées à des affections plus graves.

Bactériologie et traitement des stomatites ulcéreuses, par M. Hamon (Orléans). — Trois formes : l'une ne comportant pas de fuso-spirilles et caractérisée par la gravité des lésions ; cède facilement à médication acide proposée : collutoire à base d'acide chlorhydrique et tartrique ; une deuxième, où abondent les fuso-spirilles et où les symptômes sont moins marqués : résiste au collutoire acide, mais cède au collutoire au sulfarsénol ; une troisième où fuso-pirilles sont moins nombreux que dans la forme précédente et dont la guérison s'obtient par association des collutoires acides et sulfarsénol.

Sur le traitement de 129 cas de gingivo-stomatites ulcéreuses, par M. Guérin. — Résultats comparés du traitement local associé à la vitaminothérapie et du traitement sulfamidé.

Insuffisance du traitement sulfamidé isolé pour le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses et importance des doses d'acide ascorbique, par M. J. Soleil (Lille). — L'auteur relate deux observations, dans l'une les sulfamides n'ont pu empêcher l'éclosion d'une gingivo-stomatite ulcéreuse, dans l'autre ils n'ont pu la faire cesser. Un traitement individuel est nécessaire et les deux cas ont été guéris. La vitamine C n'agit que lorsqu'une réserve est reconstituée, d'où la nécessité de fortes doses au début, 500 mg. par jour, pour continuer par une dose d'entretien assez faible.

Ainsi seulement la vitamine C est active, les échecs de traitement sont dus à l'insuffisance des doses mises en œuvre.

Quelques observations sur les gingivites actuelles et leurs rapports avec la question de l'acide ascorbique, par MM. les Prof. Giroud et Parant. — Par des dosages de l'acide ascorbique dans le plasma de sujets atteints de l'affection, les auteurs ont trouvé un taux d'acide ascorbique normal. Ils rejettent donc la notion de carence en vitamine C. L'acide ascorbique dont les heureux effets thérapeutiques sont connus, agirait comme agent pharmacodynamique et non comme médication de carence.

Premiers résultats en France, de la Pénicillinothérapie au cours des stomatites, par MM. Richard, Cernéa, Descrozailles. — Variétés de stomatites traitées :

— de causes locales (en particulier liées à l'évolution d'une dent de sagesse) ;
— gingivo stomatites épidémiques ;
— stomatites médicamenteuses ;
— un cas de stomatite gangréneuse.

La médication a été appliquée : en injections parentérales ; en injections locales ; en pastilles.

Les résultats ont été dans l'ensemble assez satisfaisants. Dr Robert Vrasse.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 14 mai 1946

Communications :

DUFRÈCHE. — *Un cas d'anodontie avec anidrose et hypotrichose.*

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui présentait une anodontie caractérisée par la présence de six dents temporaires, toutes de forme conoïde, et l'absence de tout germe dentaire. Absence de cils et de sourcils, quelques cheveux assez rares au niveau du vertex, face applatie, lèvres lippues et lobule de l'oreille atrésé et éversé. En outre, absence de sudation entraînant, pendant les périodes de chaleur, des poussées hyperthermiques à 41°, l'intellect est très diminué. L'auteur précise que cet enfant, résultat d'un croisement d'un père avec sa fille, est un nouvel exemple (36 observations connues dans la littérature) de dysplasie atteignant l'ectoderme et dont on retrouve des cas similaires en pathologie animale (chien et chat à peau nue).

DESPIN et DUBERNARD. — *Sur un cas d'adamantinome odontoblastique.*

Les auteurs présentent l'observation d'un enfant de 12 ans dont les incisives supérieures G1 et G2 étaient remplacées par une tumeur de la grosseur d'une noix que la radiographie montrait formée de germes dentaires plus ou moins évolués.

L'excision chirurgicale avec conservation de G1, G2 et G3 en ectopie est facile. La coupe de la pièce montre plusieurs dizaines de dents isolées en bloc.

L'intérêt de l'observation vient de la rareté de ces tumeurs au maxillaire supérieur et de la conservation des dents maintenues en ectopie par la tumeur et qu'un traitement orthodontique aurait pu amener sur l'arcade si l'obstination de l'enfant et la négligence des parents n'avaient entravé la mise en œuvre de ce traitement.

X.-J. DUBECQ et J.-P. DUBECQ. — *Méthode d'étude expérimentale originale des systèmes prothétiques en forme de pont.*

Les auteurs ont voulu montrer dans cette étude le rôle favorable ou défavorable de certaines caractéristiques des ponts tenant notamment à l'inclinaison des piliers et à la forme du tablier.

Ils emploient un matériel expérimental simplifiant la technique au maximum et permettant une étude précise.

Ils montrent, par l'examen des résultats, le rôle favorable du facteur symétrie du pont, l'importance de la courbure du tablier et de l'existence d'un segment prothétique extrabasal.

Ils indiquent enfin l'application de ces données dans l'emploi de la règle du polynôme.

X.-J. DUBECQ. — *Des facteurs de systématisation des travaux prothétiques en forme de pont : classification originale.*

L'auteur rappelle les différentes classifications proposées par les classiques et en particulier la classification anatomique, la classification technique, la classification mécanique et la classification plus récente de M. BÉLIARD.

Estimant qu'une classification vaut surtout par les conséquences qui en découlent, il montre que le caractère de fixité ou d'amovibilité d'une prothèse n'apparaît pas comme un caractère dominant.

D'autre part, quelque soit la complexité d'une prothèse à pont, elle est toujours décomposable en des éléments simples, c'est-à-dire en pont à un pilier ou monogéphyre et en pont à deux piliers ou bigéphyre.

Faisant appel à des recherches expérimentales, il propose une classification qui, tenant compte du caractère favorable ou défavorable de certaines dispositions naturelles, permet d'augurer de la valeur mécanique du système.

MARONNEAUD P.-L. — *Etude anatomo-pathologique de la fongosité dentaire péri-radiculaire. Morphologie macroscopique et microscopique* (présentation de coupes).

L'auteur rapporte les constatations qu'il a pu faire au sujet de l'examen histopathologique de la fongosité apicale. Après un rappel sur sa nature et sa signification, il précise la participation à peu près constante de l'épithélial. Il décrit : *la forme geodique* dans laquelle le conjonctif pariétal s'étale en lames fibro-collagéniques qui laminent de frêles et pauvres travées épithéliales ; et *la forme papillaire* dans laquelle, au contraire, les touffes tourbillonnantes du conjonctif se trouvent étranglées entre des massifs boyaux épithéliaux périphériques. La première forme répondrait aux fongosités encapsulées sphériques, fermes, souvent pédiculées, centrées sur l'apex, qu'il dénomme : *granulômes globulaires* ; la deuxième aux fongosités irrégulières, membraneuses, sessiles, molles, insérées sur le flanc de l'apex, qu'il dénomme : *granulômes lamellaires.*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

XIXe CONGRÈS ANNUEL

Paris. 30 mai-1er juin 1946

La XIXe Réunion de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale s'est tenue, à Paris, du 30 mai au 1er juin, sous la présidence de M. le Prof. DECHAUME.

Inaugurée à l'Amphithéâtre de la Faculté de Médecine par M. le Prof. OMBREDANE, Membre de l'Académie de Médecine, elle s'est terminée à l'Ecole Odontotechnique, rue Garancière.

C'est dans une ardente allégresse que les congressistes se trouvaient enfin réunis, pour la première fois depuis la guerre *jeudi* 30 *mai* à la Faculté de Médecine.

M. le Prof. OMBREDANE, Membre de l'Académie de Médecine, Président d'honneur, dans une brillante et spirituelle allocution déclare ouverte la 19e Session de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale et souhaite la bienvenue aux nombreux confrères français et étrangers qui, malgré les difficultés actuelles, ont tenu à renouer les traditions rompues pendant les années terribles.

Puis M. le Dr DECHAUME, Professeur à la Faculté de Médecine, Président effectif, accueille à son tour les Congressistes et se réjouit que le 1er Congrès d'après-guerre se tienne à la Faculté de Médecine de Paris. Il démontre combien il est important de s'occuper de la prévention des dysmorphoses maxillo-faciales par les soins des caries des dents caduques et permanentes et de combattre les habitudes vicieuses chez l'enfant.

COMMUNICATIONS :

Dr DE NÉVREZÉ. — C'est avec la conviction et toute l'ardeur que nous lui connaissons que le Dr DE NÉVREZÉ expose un très intéressant travail sur l'Orthodontie et le Terrain Scrofuleux. Reprenant le terme de scrofuleux pour désigner un état tuberculeux atténué et faiblement virulent, l'auteur s'appuyant sur les travaux du grand médecin Lyonnais PONCET et sur ceux des Drs FONTES et VAUDREMER, ainsi que sur ses recherches personnelles, étudie une forme chronique évoluant en moindre tapage où se constitue une symbiose entre un organisme résistant et le bacille de Koch. La raison de ce travail est que l'on n'accorde pas aux formes tuberculeuses de la pandémie tuberculeuse, l'importance considérable qu'elles ont en pratique stomatologique et dentaire, car on les confond avec de nombreuses affections créant ainsi des erreurs de pronostic et de traitement.

Dans certains cas, les sujets voient se réveiller des accidents réflexes tels que sialorrhée abondante, crises nerveuses, céphalées tenaces, crises asthmatiformes, incontinences nocturnes, troubles douloureux au moment des époques, perte de l'appétit et amaigrissement. D'autres sujets, véritables intolérants psychiques, ne supportent pas la gêne même légère provoquée par les appareils orthodontiques.

L'auteur en conclut qu'aucun traitement orthodontique ne doit être entrepris dans le cas d'imprégnation scrofuleuse avec surmenage, c'est-à-dire avec congestion hépato-réno-splénique. Polycaries symétriques, gingivites, maladies infantiles nombreuses, angines, appendicites, otites, etc..., sont autant de signes conduisant au diagnostic scrofuleux. Le Dr DE NÉVREZÉ poursuit cet examen général par un palper du foie, de la rate, des reins, de l'appendice et des creux sus-scapulaires droit et gauche. L'intensité de la douleur provoquée ainsi renseigne sur le degré d'infection du sujet. Enfin, la radio thoracique avec schéma lésionnel donne des renseignements précieux.

Trois temps successifs doivent être respectés dans la succession des éléments thérapeutiques :

1° *Temps de drainage* pour la décongestion hépato-réno-splénique qui se décompose en :

a) Sinapisation des dermatomes H. R. S. ;
b) Oxygénothérapie ozonée ;
c) Ingestions de Boldo, Solidago, Combretum, Ipeca, Ceanothus ;
d) Mise au repos de l'enfant.

2° *Temps d'immunisation.* — Si le temps de drainage apparaît comme celui de l'élimination des toxines banales et alimentaires, le temps d'immunisation est celui de l'élimination ou de la neutralisation des toxines scrofuleuses obtenues grâce aux :

1° Sérum de Gousset ;
2° — de Marmoreck ;
3° — de Spengler ;
4° — de Vaudremer ;

5° Antigène de Bocquet et Nègre ;
6° Allergine de Jousset ;
à doses infinitésimales chez l'enfant et à doses infinitésimales puis pondérables chez l'adulte.

3° *Temps de Reminéralisation.* — Par la vitaminothérapie à doses fortes suivant la méthode de Charpy, de Dijon (Stérogyl).

L'auteur termine sa communication par la présentation très intéressante de plusieurs observations de divers cas (notamment de glossodynies) traités selon sa méthode devenue classique maintenant parmi nous.

Drs Duclos et Quintero. — *Trois cas de correction de prognathie inférieure par l'opération de Lindemann.*

Cette communication extrêmement intéressante suscite une discussion à laquelle prennent part : MM. Gérard, Maurel, Ginestet, Maronneaud, Housset, Cadenat, etc...

Dr Leclerq. — Présente un appareillage semi-automatique destiné plus spécialement à distaler les molaires. Cet appareillage original dans sa conception, utilise une force développée par des ressorts, de construction aussi aisée que personnelle, en fil d'acier au 25/100e permettant des déplacements parfaitement rectilignes des molaires en mésio-position.

Dr Cadenat expose un procédé inédit de mise au rond d'une arcade dentaire au moyen d'un fil d'acier sans bagues. Cet appareillage d'une extrême simplicité peut être utilisé dans certains cas d'urgence.

Dr Dreyfus, de Lausanne, fait part d'idées personnelles sur l'hormonothérapie pour hâter les phénomènes d'éruption dentaire.

M. Beauregartd. — Pour répondre aux vœux formulés par plusieurs confrères, M. Beauregardt souhaite que toutes les communications qui ont été faites pendant l'occupation dans les différentes sociétés soient publiées dans les compte-rendus du Congrès afin que les orthodontistes des pays étrangers puissent en prendre connaissance et que le grand intérêt de ces travaux ne soit pas perdu par la profession.

Si ces communications ne peuvent pas être publiées *in extenso*, qu'au moins des résumés permettent d'en retrouver les textes originaux. C'est à cet effet qu'il rappelle les plus importantes, notamment celles de MM. Izard, de Coster, Cauhépé, Beltrami, etc.....

Drs Dechaume et Cauhépé. — *Réflexions sur trois observations d'ostéite du maxillaire inférieur chez l'enfant.*

Les auteurs montrent avec quel éclectisme il faut envisager le traitement d'affections aussi complexes.

Le traitement mécanique des rétrognathies unilatérales dues à des ostéites traitées par des tractions élastiques n'assure pas des résultats permanents. Les résultats obtenus cessant dès que les tractions sont interrompues.

Les régions molaires qui sont situées dans le voisinage des ostéites ne subissent plus de phénomènes d'accroissement.

Dr Ginestet. — *Chirurgie maxillo-faciale orthodontique.* Dans son exposé l'auteur présente son fixateur externe modifié et montre quels résultats on peut en attendre : appareillage de contention des fractures multiples de la mandibule, extrêmement précis, soulève l'intérêt de tous les spécialistes de chirurgie maxillo-faciale.

Mme Muller. — *De l'utilisation des plans en orthodontie.* — Dans une étude très poussée l'auteur apporte les résultats de mensurations faites sur les crânes secs du Muséum d'Histoire naturelle. Ce ne sont que les premières observations de l'auteur qui se propose de continuer ses recherches. Ces mensurations prises en partant du Tragion nous montrent que le point incisif par rapport au point sous-nasal osseux est à 3 ou 4 millimètres en avant de ce dernier.

Vendredi 31 Mai (à l'Ecole Odontotechnique) :

M. Guichard. — Présente deux observations de cas de parodontoses traités par correction des malpositions dentaires consécutives et insiste sur l'obligation qu'il y a de faire un examen général très approfondi du sujet pour reconnaître en particulier les dysfonctions endocriniennes.

Dr de Coster, de Bruxelles. — Reprenant les considérations biologiques sur la pathogénie des dysmorphoses montre, dans une communication très scientifique et très savante, la fréquence de la position antérieure des molaires supérieures qu'il considère comme un des facteurs les plus fréquents de la rétrognathie mandibulaire. C'est grâce à l'examen des téléradios qui lui ont permis de retrouver la fréquence de l'inclinaison des axes longitudinaux des molaires par rapport au plancher nasal ou plan des spina que l'auteur est arrivé à considérer que les molaires étaient en position antérieure.

A cet effet, il présente toute une série d'appareils fixes et amovibles aussi simples qu'ingénieux basés sur l'action de ressorts coulissant dans des cornières qui lui per-

mettent d'exécuter des mouvements à la fois et à la demande sur les régions postérieures et antérieures et même latérales de l'arcade. De nombreuses projections illustrent cette suite d'appareillages qui ouvrent un nouvel horizon à nos moyens de thérapeutique mécanique des dysmorphoses compliquées.

L'attention de l'auditoire montra au Dr de Coster avec quelle ferveur on attendait le résultat de ses recherches dont on était privé depuis si longtemps.

M. Theuveny. — Rapporte plusieurs cas de linguo-position avec linguo-clusion dentaires et montre que dans sa pratique personnelle il considère comme un non sens de pratiquer la surélévation de l'articulé pour réduire ces anomalies.

M. Manson. — Expose quelques réflexions avec présentation de modèles sur les difficultés que l'on éprouve à corriger les anomalies accidentelles créées par des praticiens non avertis des questions orthodontiques. L'auteur regrette, à juste titre, que des interventions intempestives, notamment les extractions de dents de lait et permanentes, entraînent des malpositions très difficiles à réduire.

Mlle Charron. — L'auteur présente sept observations de mésiodens de la région incisive et montre que l'extraction est généralement le traitement de choix supprimant toujours la gêne produite par ces dents surnuméraires.

Dr Merle-Béral. — Présente un appareil pour le diagnostic des dysmorphoses du sens antéro-postérieur. Cet appareil est composé d'une lentille et d'un système de visée réglable, complété de réglettes pour le repaire des plans orbito-canin et fronto-glabellaire. C'est en somme une transformation du Céphaloscope de Beauregardt Nous regrettons de n'avoir pu expérimenter cet instrument qui nous paraît être d'un grand intérêt.

Drs Leclercq. Landart et Chanson. — Montrent quelques cas traités par l'appareil du Dr Leclercq avec beaucoup de précision et d'exactitude.

A 14 heures a lieu l'inauguration de l'exposition des fournisseurs qui permet aux congressistes d'apprécier les fabrications des différents exposants et met en valeur les efforts remarquables fournis par les maisons françaises malgré les difficultés actuelles.

Notons les Stands des firmes Cailly, C. D. F., Comptoir des Cendres, G. Mantelet et Société des Cendres.

Drs Dechaume et Cauhépé. — Ouvrent la discussion sur l'organisation sociale de l'orthopédie dento-faciale.

Les auteurs montrent tout particulièrement l'importance des soins dentaires chez l'enfant, dont les caries sont, dans la grande majorité des cas, les causes les plus fréquentes de dysmorphoses.

M. Beauregardt. — Attire l'attention de la Société sur les problèmes professionnels et sociaux qui s'imposent aujourd'hui. A cet effet il propose qu'une commission nationale soit nommée pour :

1° L'étude de la formation orthodontique des étudiants et le perfectionnement des praticiens ;

2° L'étude d'une terminologie en accord avec les dernières acquisitions scientifiques ;

3° L'étude des actes opératoires d'orthopédie dento-faciale, les responsabilités techniques vis-à-vis des administrations des diverses assurances, les formalités les plus simples garantissant les responsabilités techniques et administratives, les honoraires d'orthopédie dento-faciale, etc...

M. Besombes. — Montre que la Société d'Hygiène Dentaire a trouvé auprès des Pouvoirs Publics et du Conseil de l'Ordre des appuis moraux et matériels qui lui ont permis d'accomplir l'œuvre qu'elle s'était proposée.

De la discussion qui s'en suit, retenons les critiques de quelques membres qui regrettent que l'étude plus approfondie et coordonnée de l'enseignement de l'orthopédie n'ait pas été instituée dans tous les centres qui s'en préoccupent.

Mlle Galliot. — Donne des statistiques et des moyens de traitement simples qui lui ont permis d'assurer avec succès le service dentaire à Nîmes.

Il s'en suit une discussion extrêmement passionnée qui montre tout l'intérêt que les congressistes apportent au sujet choisi par le Prof. Dechaume et le Dr Cauhépé.

C'est ainsi que tour à tour le Dr Watry rapporte des observations pertinentes de sa pratique à l'Institut Eastman de Bruxelles ; que le Dr Quintero cite les résultats qu'il a observés à l'Ecole Dentaire de Lyon. Le Dr Roger Villain fait part de l'intérêt qu'il y aurait à ce que des praticiens plus nombreux se spécialisent en orthodontie. Le Dr Soleil, dans une brillante intervention, fait des vœux concernant l'enseignement de l'orthopédie dento-faciale. M. Monteil expose les réalisations qu'il a réussies à Clamart dans le traitement précoce infantile. Mme Muller étudie également la question et tire des conclusions intéressantes.

Après lecture d'un protocole d'étude par M. Beauregardt, afin que soit rendus exécutoires dans les trois mois les résultats des conclusions des orateurs, le Président,

le Prof. Dechaume, soumet à l'approbation de la Société dento-faciale, la nomination d'une commission composée des membres les plus éminents de la spécialité de toutes les régions de la métropole.

Dr Cadenat. — Insiste alors sur l'obligation de fournir aux A. S., dans les plus brefs délais, une nomenclature des actes opératoires. La commission se réunit sur le champ et établit son premier projet qui sera soumis aux A. S. selon les vœux du Dr Cadenat.

A l'heure où nous mettons sous presse, nous sommes heureux d'annoncer que ce projet revu et corrigé a été transmis à tous les Syndicats par les soins du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes.

Dans la soirée un banquet confraternel réunissait, à l'Hôtel Lutetia, les Congressistes aux côtés desquels nous avions le plaisir de noter la présence de leurs charmantes compagnes. Heureux de retrouver l'atmosphère des banquets d'autrefois, MM. Leclercq, Dechaume, Tacail et Veyries, puis M. Watry pour les praticiens de langue française, prononcèrent de spirituelles allocutions.

Samedi 1er Juin (Ecole Odontotechnique) :

Dr Izard. — Présente la question mise à l'ordre du jour : *Les endognathies asymétriques.*

Dans un rapport extrêmement documenté, accompagné de planches très claires et démonstratives, l'éminent auteur étudie tour à tour le diagnostic, l'étiologie et le traitement de cette importante classe de dysmorphoses. Il montre combien le diagnostic doit être précis et doit porter à la fois sur l'examen de la face et des organes de la cavité buccale. Quant au traitement il met en parallèle les différents modes d'appareillages à appuis alvéolo-dentaire ou dentaire et admet que chaque genre a ses indications selon les cas.

M. Brun. — Fait un très brillant exposé sur l'étiologie et le traitement des endognathies asymétriques et il préconise tout particulièrement les écarteurs à action continue, placés plus ou moins obliquement de façon à traiter à la fois les anomalies du sens antéro-postérieur et du sens transversal.

Dans une étude très fouillée, reprenant les différentes formes cliniques d'endognathie asymétrique, il montre comment il faut placer plus ou moins obliquement les écarteurs pour traiter les malpositions. Il est toutefois regrettable que l'auteur n'ait pas apporté les résultats pratiques que nous savons qu'il a obtenus de façon parfaite par sa méthode.

M. Beauregardt. — Présente une nouvelle conception des endognathies symétriques et non symétriques. L'auteur rappelle que le diagnostic des dysmorphoses a fait un grand pas depuis que le Dr de Névrezé a introduit en pratique orthodontique la notion des plans et des sens grâce auxquels on est parvenu à définir des anomalies analytiques simples. Considérant que les dysmorphoses analytiques classiques en M, en U, en V, en lyre étaient en fait des dysmorphoses compliquées du sens transversal et du sens antéro-postérieur, il préconise, en considérant d'une part les trois régions du maxillaire (antérieure, moyenne et postérieure) et d'autre part les rapports qui existent entre les lignes formées par la réunion des cuspides des dents en linguo-position avec lal igne individuelle des arcades, de distinguer 5 formes analytiques d'endognathies symétriques, parallèles, obliques totales, obliques moyennes antérieures et angulaires ; 5 formes d'endognathies non symétriques unilatérales dont un côté est normal et dont l'autre côté est altéré suivant les caractéristiques qui appartiennent à chacune des formes précédentes ; et enfin 10 formes d'endognathies non symétriques bilatérales qui sont caractérisées sur chacun des côtés des arcades par l'une des formes déjà citées. Il estime que cette façon de comprendre les endognathies simples est beaucoup plus rationnelle pour l'étude que celle retenue jusqu'à présent.

M. Beauregardt poursuivant sa communication présente une autre étude sur l'action des barres d'entraînement articulées dans le traitement mécanique des endognathies symétriques et non symétriques. Il vante les résultats qu'il a obtenus avec ces barres d'entraînement articulées employées conjointement avec les arcs filetés rigides du type Angle. Dans une première partie, il expose les conditions mécaniques de la construction de cet appareillage et dans une seconde partie montre, pour chacune des formes d'endognathies symétriques et non symétriques unies ou bilatérales, la façon d'utiliser cette nouvelle technique qui réhabilite l'arc rigide d'Angle qui depuis quelques années tombait en désuétude.

De nombreuses planches et modèles de démonstrations utilisés pour l'enseignement à l'École Dentaire de Paris illustrent cet exposé d'ordre essentiellement pratique.

M. Beauregardt présente dans une troisième partie l'écarteur courbe à forces continues pour le traitement des endognathies symétriques compliquées de mésioposition des prémolaires. Ce dispositif extrêmement simple lui permet d'obtenir des résultats très intéressants chez l'enfant de 8 à 12 ans à la période de remplacement des dents de lait par les dents permanentes. Des moulages très démonstratifs de l'excellence de ce nouvel appareil accompagnaient cette présentation.

M. GUGNY. — Présente deux observations relatives au traitement des endognathies non symétriques compliquées de mésio-position.

Dans la première, il s'agit d'une endognathie asymétrique de plusieurs millimètres compliquée d'une mésio-position des latérale, canine, prémolaires et molaires supérieures gauches. Après échec d'un appareil à force intermaxillaire, il utilise un appareil à appui alvéolo-dentaire, du système BRUN, porteur d'un dispositif à action continue, placé obliquement et obtient un résultat parfait et extrêmement rapide (5 mois).

La deuxième observation rapporte le cas d'un enfant de 14 ans, du type carbocalcique de DE NÉVRÉZÉ, présentant une endognathie non symétrique bimaxillaire, compliquée au maxillaire supérieur d'une mésio-position des prémolaires et molaires à droite, entraînant une infra vestibulo-position de la canine, prémolaires et molaires droite avec linguo-clusion de l'incisive latérale droite. Appareillage par écarteurs obliques à appui alvéolo-dentaire et résultat excellent en 11 mois. Des photos, moulages et tracés des arcades prédéterminées et pathologiques accompagnent cette communication d'ordre essentiellement pratique.

Dr DE NÉVREZÉ. — Présente un cas intéressant de mésio-position des prémolaires et molaires inférieures gauches avec rétention de la canine qui occupe une position intra-alvéolaire horizontale, la première prémolaire étant au contact de l'incisive latérale. L'auteur applique un distogresseur pur à appui alvéolo-dentaire de GUGNY et obtient un résultat étonnant par distogression extrêmement rapide des dents en mésio-position et éruption normale de la canine qui effectue un redressement complet intra-alvéolaire.

Des radios successives, des moulages et l'appareil utilisé accompagnent cette intéressante présentation.

TRAVAIL D'ÉQUIPE DE L'ECOLE ODONTOTECHNIQUE SUR LES DENTS INCLUSES :

L'après-midi est réservée au travail d'équipe de l'Ecole Odontotechnique sur les dents incluses.

MM. GASTINEL, G. MONTEIL, M. MONTEIL, VEYRIES et Mmes MULLER, TACAIL, LIGER et M. TACAIL, traitent d'une façon extrêmement brillante et très documentée le diagnostic positif, l'étiologie, la pathogénie et le traitement des dents incluses.

Retenons particulièrement la nouvelle terminologie proposée par M. GASTINEL qui préfère le terme de reclus à tous ceux proposés jusqu'alors, et les interventions que l'on peut considérer comme de véritables épreuves de Laboratoire qui ont été présentées par M. et Mme TACAIL. En l'occurence il s'agissait parmi beaucoup d'autres d'une canine recluse siégeant sous la paroi externe du procès alvéolaire à la hauteur des apex des incisives centrales inférieures et qu'ils parvinrent à déplacer le long de l'arcade jusqu'à sa place normale grâce à des alvéolotomies successives qui permirent à la dent d'accomplir sa migration rectiligne et sa mise en position correcte sur l'arcade.

Une discussion très nourrie sur cette présentation d'équipe, à laquelle prennent part la plupart des membres présents souligne l'excellence de ce travail dont on ne saurait trop prendre exemple.

A l'issue de cette après-midi, le Président, le Prof. DECHAUME, tire les conclusions qui s'imposent de ces manifestations scientifiques et de si réconfortante confraternité entre praticiens français et étrangers, de l'orthopédie dento-faciale et c'est avec l'assentiment unanime que la prochaine et XXe Session de la S. F. O. D. F. tiendra ses assises à Vichy, sous la présidence du Dr DE NÉVREZÉ, à l'Ascension 1947.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour de ce prochain congrès figurent :

1° La morphologie dento-faciale dans ses rapports avec l'orthodontie.
2° Les facteurs biologiques de croissance en orthopédie dento-faciale.
3° Les latéropositions mandibulaires. Diagnostic et traitement.

Le Secrétaire Adjoint : G. GUGNY.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Réunion du Bureau et du Comité Exécutif de la F. D. I.
à Bruxelles, le 24 juin 1946

Etaient présents : MM. ROWLETT, pour la Grande-Bretagne ; VAN HASSELT, NORD, pour la Hollande ; JACCARD, GUIGNARD, pour la Suisse ; A. JOACHIM, WATRY, pour la Belgique ; P. FONTANEL, H. VILLAIN, pour la France ; WALDBILLIG, pour le Luxembourg.

Etaient excusés : MM. ROY, de Paris et HELD, de Genève.

La séance fut ouverte par le Doyen d'âge M. ROWLETT qui, en termes très émus, rappela les noms des membres du Comité disparus depuis la dernière réunion plénière tenue à Zurich, en août 1939.

Tout d'abord le Président LOGAN, de Chicago, puis le Vice-Président GILMOUR, de Liverpool et le Secrétaire adjoint GOIA, de Turin.

Conformément aux statuts le Comité Exécutif nomma jusqu'au prochain Congrès international :

Président : M. ROWLETT, de Londres.
Trésorier : M. P. FONTANEL, de Paris.

Le Comité examina ensuite la situation internationale de la Profession et le moyen de faire revivre cet important organisme.

Le Secrétaire général en donnera ultérieurement le compte rendu intégral.

Qu'il nous suffise aujourd'hui de préciser qu'une Réunion plénière du Comité exécutif fut décidée et qu'elle se tiendra à Paris, les vendredi 29 et samedi 30 novembre 1946, à l'Ecole Odontotechnique, au cours des Journées Dentaires de Paris.

Un déjeuner offert par la Fédération Dentaire Nationale française réunira les membres du Comité Exécutif présents à cette importante réunion le vendredi 29 novembre 1946 et nous espérons que ces derniers seront très nombreux.

En terminant ce très succinct compte rendu, qu'il nous soit permis de remercier nos confrères Belges pour leur très belle et très sympathique réception durant notre séjour à Bruxelles au cours des Journées Médicales. Henri VILLAIN.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

En vue de notre première Assemblée Générale depuis les années d'occupation, prévue pour le 20 octobre prochain, le Bureau de l'Association Générale des Dentistes de France a estimé judicieux de faire un appel tout particulier à tous les anciens diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris n'étant pas adhérents à l'A. G. D. F.

Dans ce but, il a envoyé à cette catégorie de confrères la lettre dont nous soumettons à nos sociétaires le texte ci-dessous. A ceux-là nous faisons appel pour qu'ils fassent dans leur entourage professionnel une propagande efficiente et que nous espérons efficace en faveur de l'adhésion à l'A. G. D. F., les arguments énumérés dans cette lettre justifiant une adhésion spontanée à un Groupement qui conserve comme par le passé toutes ses raisons d'exister.

***

Paris, le

« Mon cher Confrère,

« C'est votre mère professionnelle qui vient aujourd'hui faire appel à votre piété « filiale.

« Nous avons en effet constaté, en révisant nos listes, que depuis votre départ « de l'Ecole Dentaire, vous avez cessé toutes relations avec notre Groupement

« Je n'ai pas besoin de vous rappeler que notre Groupement comprend non seu- « lement l'Ecole Dentaire de Paris, mais aussi notre vieille Association Générale des « Dentistes de France. Je dis vieille, et j'insiste sur ce qualificatif, car elle est la plus « ancienne société professionnelle dentaire de France, fondée en 1879, sous le nom « de « Cercle des Dentistes de Paris ».

« Mais direz-vous : encore une Société ! n'en n'avons-nous pas assez avec l'Ordre « et les Syndicats ?

« Mon cher Confrère, il ne faut pas dire « encore une Société », mais au contraire, « remarquer avec satisfaction que notre A. G. D. F. qui fêtera bientôt la septantaine « de sa fondation, a pu franchir bien des caps difficiles. Tout d'abord elle a pu sub- « sister, dans une semi-clandestinité, cotoyant presque l'illégalité durant l'occupation : « de plus, des législations diverses, sinon contradictoires, n'ont pas interrompu le « caractère indispensable de sa mission continue. En effet, à de nombreuses reprises, « elle a pu faire entendre à l'Ordre officiel, la voix de l'opinion professionnelle. Il est « non moins certain que la profession se fut évité bien des querelles intestines et des « contre-temps fâcheux si notre Association avait été mieux connue et sa vieille ex- « périence consultée pour contrebalancer utilement le zèle quelque peu désordonné « des confrères néophytes chargés de la direction provisoire de notre profession — les « hommes passent..., les institutions, surtout librement établies, demeurent...

« Donc entre l'Ordre obligatoire et le Syndicat à demi-facultatif qui discute et « revendique de nos intérêts matériels : il y a place pour notre A. G. D. F. qui, avec « des buts bien définis, vous offre des possibilités toutes différentes, aussi bien d'ordre « moral que matériel. Point de vue moral, l'adhésion à notre Association, toute spon- « tanée, crée entre les membres un courant de sympathie tel, qu'on peut la considérer « comme une grande famille professionnelle. N'est-ce pas toujours avec plaisir qu'on « retrouve dans nos réunions les confrères, assagis par les années de travail, avec « lesquels on dévisait — quelquefois plus que joyeusement — sur les bancs de l'am- « phithéâtre ? Et il faut reconnaître que cette rencontre est quelquefois le prélude « de relations cordiales plus suivies. On peut dire, à ce titre que notre Association est « véritablement « l'Amicale des anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris » avec le « plus gros effectif de toutes les sociétés dentaires françaises. Bien plus, groupant des « anciens élèves et des confrères sympathisants de nationalités étrangères, elle dif- « fuse à travers le monde la pensée et les réalisations de l'Odontologie française.

« Mais là ne se borne pas son action ; elle vous offre comme avantages matériels :

« 1° Le droit d'adhérer à « l'Aide immédiate en cas de décès » qui verse une in- « demnité substantielle aux ayants-droit, lors du décès du titulaire ;

« 2° En cas de « *coup dur* », sa « Caisse de Prévoyance » vient au secours de ses membres éprouvés ;

« 3° Elle assure à ses membres le service gratuit de *L'Odontologie*.

« Vous avez certainement vu quelques numéros de notre revue : opprimée et « réduite pendant les années d'occupation, sans cependant avoir jamais cessé de « paraître, elle a repris depuis janvier 1946 sa périodicité et sa présentation normale. « Par ses articles originaux, sa revue de la presse française et étrangère, ses comptes « rendus des sociétés savantes professionnelles, ses informations, ses rubriques : « offres et demandes, échanges, occasions diverses, remplacements, successions, etc..., « on doit reconnaître qu'elle est le plus intéressant des journaux dentaires français « et j'ajouterai le plus instructif.

« Il est en effet certain que les études, aussi brillantes qu'elles aient été, ne sont « pas le criterium de nos connaissances professionnelles. La science évolue chaque « jour ; qui ne suit le progrès reste à la traîne, et c'est cette nécessité d'instruction « perpétuelle que comblent nos séances mensuelles de la Société d'Odontologie de « Paris, relatées tout au long dans les colonnes de notre revue *L'Odontologie*, les Congrès « nationaux annuels, organisés conjointement avec les Congrès de l'Association fran- « çaise pour l'Avancement des sciences, et nos Congrès internationaux sous l'égide de « la Fédération Dentaire Internationale.

« Je pense vous avoir exposé aussi brièvement que possible les possibilités de « satisfaction que vous trouverez en adhérant à l'A. G. D. F. et que par les bulletins « d'adhésion joints à cette lettre — à remplir et signer en doubles exemplaires — nous « aurons la grande satisfaction de vous voir venir grossir les rangs de notre grande « famille professionnelle, acquittant ainsi une dette de reconnaissance envers le Grou- « pement qui vous a dispensé l'enseignement professionnel, et encourageant les labo- « rieux efforts de nos jeunes étudiants qui font partie de notre Association, à titre « de membres pupilles.

« Dans l'attente de votre bonne réponse à notre chaleureux appel, je vous prie « d'accepter, mon cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels ».

Le Secrétaire général : A. BESOMBES.

Le Président : Dr A. AUDY.

CESSIONS DE CLIENTÈLE

Nous avons reçu dernièrement d'une de nos sociétaires une demande concernant les frais d'enregistrement d'une cession de clientèle, et nous nous sommes enquis auprès d'un Receveur de l'Enregistrement des taxes grévant actuellement ce genre de transaction.

Nous pensons rendre service à nos confrères se trouvant dans le même cas en publiant les chiffres qui nous ont été donnés :

Actuellement, les taxes d'enregistrement sont de : 7,50 % sur le prix du mobilier et du matériel ;

0,50 % sur le montant de l'indemnité pour engagement de non installation dans un périmètre fixé et présentation à la clientèle ;

1 % sur le montant du loyer pour la période restant à courir d'après le bail avec maximum de 3 ans.

Dr A. AUDY.

Jacques LUBETZKI

NÉCROLOGIE

Jacques LUBETZKI

Longtemps, nous avons voulu, avec les siens, espéré pouvoir fêter le retour de notre cher collègue et ami Lubetzki ; longtemps, en dépit du silence absolu qui, depuis 1942, régnait sur son sort, nous avons attendu ne voulant pas croire à la terrible fatalité. Hélas ! il nous faut maintenant nous résigner et c'est avec une profonde tristesse que je me fais un pieux devoir de rappeler ici la vie de celui qui fut mon élève, mon collègue, mon ami et qui, triste victime de la barbarie allemande, nous a été ravi en pleine vigueur intellectuelle, alors que, par son passé, nous attendions tant encore de lui.

Arrêté par la Gestapo le jour de la grande rafle du 12 décembre 1941, sans motif autre qu'être juif et intellectuel, Lubetzki avait été interné à Compiègne sans pouvoir donner de ses nouvelles, sans qu'aucun des siens ait pu l'approcher. Le 27 mars 1942, on l'embarque pour l'Allemagne et, depuis, absolument aucun indice sur son sort. Et c'est alors l'attente angoissante de sa femme, de ses enfants, se raccrochant aux moindres indices favorables, espérant, espérant toujours ; mais, aujourd'hui, devant le temps écoulé, il ne reste plus aucune chance de survie de notre pauvre ami, il leur faut donc s'incliner devant la cruelle fatalité, et ils veulent bien enfin me donner la liberté que j'attendais de leur part de célébrer ici la mémoire de celui qui n'est plus.

Jacques Lubetzki était né à Paris, le 20 septembre 1891, de parents russes, mais, Français de naissance par déclaration de son père.

Entré à l'Ecole Dentaire de Paris, il en sortait en 1910 avec le diplôme de l'Ecole et celui de la Faculté de Médecine de Paris.

En 1919, il prend place dans le Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, en qualité de démonstrateur et, l'année suivante, il passe brillamment le concours de chef de clinique de dentisterie opératoire, et, en 1924, celui de professeur suppléant de la même branche où il devait se distinguer tout particulièrement et dont il organisa complètement l'enseignement théorique et pratique lorsque, en 1929, il fut nommé professeur titulaire. Cet enseignement, il devait bientôt le condenser dans un important *Traité de Dentisterie Opératoire*, en deux volumes, travail remarquable qui fut bientôt entre les mains de tous les étudiants et qui reste, à l'heure actuelle, le meilleur ouvrage sur la question. On trouvera à la fin de cette notice la liste des diverses publications de Lubetzki qui était un collaborateur assidu de la *Société d'Odontologie de Paris*, laquelle, en 1932, le choisit comme président. Il était également membre du Comité de Rédaction de notre journal.

Chef adjoint de l'enseignement par le cinéma, question à laquelle il s'intéressait vivement, il est l'auteur de deux films pédagogiques sur la dentisterie opératoire.

Membre du Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris, depuis 1927, il joua un rôle important dans l'organisation de notre enseignement. Ayant bien voulu, en 1936, accepter les fonctions assez ingrates de Bibliothécaire, il s'est acquis un titre particulier à notre reconnaissance par le dévouement qu'il a apporté à cette tâche, réorganisant complètement cette bibliothèque, la plus riche du monde ; malgré l'exiguïté des locaux, il a su y apporter un ordre remarquable qui en a transformé complètement l'aspect, et qui permet aujourd'hui à son successeur de compléter cette très grosse tâche qu'il aurait été si heureux de mener à son terme.

Mobilisé en 1914, il déploya le plus grand zèle dans les différents postes auxquels il fut affecté et mérita une citation élogieuse qui lui valut la croix de guerre ; il fit partie des premiers dentistes militaires qui furent nommés durant cette guerre qu'il termina comme dentiste sous-lieutenant.

Ayant fait plusieurs conférences très remarquées aux écoles de perfectionnement militaire, il était nommé successivement dentiste-lieutenant (1926) et dentiste-capitaine (1938) et c'est en cette qualité qu'il fut mobilisé de nouveau en 1939. Il avait été fait Chevalier de la Légion d'Honneur par le Ministre de la Santé Publique, en 1938.

La défaite de la France fut un coup cruel pour son cœur de patriote, mais elle allait avoir pour lui des conséquences personnelles particulièrement cruelles quand on sait toute l'ardeur, la passion peut-on dire, qu'il apportait à son enseignement. L'Ecole Dentaire de Paris, en effet, par application du statut des Israélites exerçant des fonctions d'enseignement se trouva en avril 1941, dans l'obligation de lui demander de cesser le cours de dentisterie opératoire qu'il professait depuis dix-huit ans. Ce fut là pour Lubetzki une peine effroyable dont je fus le témoin et que tous ses amis, dans leur affectueuse sollicitude, ne parvenaient pas à atténuer et c'est toujours sous le coup de cette injuste épreuve que notre malheureux ami devait bientôt prendre le chemin de cette captivité dont, hélas ! il ne devait plus revenir.

Enseigneur de premier ordre, passionné de son sujet, Lubetzki a marqué dans l'esprit de tous ses élèves une empreinte qui les suivra dans tout le cours de leur carrière. Nature très droite, esprit profondément épris de justice, grand travailleur, très consciencieux dans tout ce qu'il entreprenait, il avait l'estime de tous. Ce que l'on savait moins c'est que, sous son aspect un peu rude, il cachait la plus grande émotivité. la plus grande sensibilité. Nulle misère ne s'adressait à lui en vain ; les humbles et ses intimes avaient pu seuls deviner la bonté qui se cachait sous sa rude écorce.

Lubetzki laisse des regrets unanimes chez tous ses collègues, chez tous ses confrères et c'est en leur nom à tous que j'adresse à la mémoire de cette malheureuse victime de la plus cruelle des barbaries l'hommage de nos regrets les plus fervents et de notre plus profond respect.

L'Ecole Dentaire de Paris apporte à cette mémoire le témoignage de sa vive reconnaissance pour les éminents services que Lubetzki lui a rendus pendant sa carrière si tragiquement interrompue et, avec tous les amis de notre malheureux collègue, et particulièrement du signataire de ces lignes, elle adresse à Mme Lubetzki et à ses trois enfants l'hommage de leur douloureuse affliction pour la perte affreuse qu'ils ont faite dans des circonstances si profondément cruelles.

Maurice Roy.

Bibliographie des travaux de J. Lubetzki

Obturation des canaux. — *L'Odontologie* (N° du 30 janvier 1921).

Contribution à l'étude du traitement des dents infectées par le Bioxyde de Sodium. — Communication faite à la *Société d'Odontologie de Paris*, le 6 novembre 1923.

Classification des différentes altérations dentaires au point de vue thérapeutique. — Communication à la *Société d'Odontologie de Paris*, le 1er mai 1928.

Du traitement des dents infectées. — *De quelques erreurs.* — Communication au *Congrès de Bruxelles* (A. F. A. S.) juillet 1932.

Le Problème dentinaire. — Communication présentée à la *Séance solennelle du Cinquantenaire de la Société d'Odontologie de Paris*, le 2 février 1935.

Stabilité des grandes obturations et la cinématique mandibulaire. — Conférence au *IVe Congrès Dentaire National Belge* (août 1935).

Le traitement des dents chez les enfants. — Conférence aux *Ves Journées Odonto-Stomatologiques de Lille*, janvier 1937.

Traitement médicamenteux des dents infectées. — Communication au *Congrès Dentaire National*, juillet 1937.

Dentisterie opératoire, 2 volumes, 1930 (Collection du Chirurgien-Dentiste, Baillière, éditeur.)

F. LAGARRIGUE

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Ferdinand Lagarrigue, Directeur honoraire de la *Société Coopérative des Dentistes de France*, chef de Service honoraire au ministère de l'Intérieur, membre du Conseil de Surveillance du Crédit municipal, chevalier de la Légion d'honneur, décédé subitement à 83 ans.

Nous adressons nos bien sincères condoléances à sa famille et particulièrement à sa fille, Mme Thévenin et à son gendre, M. Croissant, de Montluçon, membres de notre Groupement.

Nous reproduisons ici les paroles d'adieu que le Dr Roy a adressé sur sa tombe à cet excellent homme, estimé de tous.

* * *

C'est avec le plus profond chagrin que je viens adresser un dernier adieu à mon très vieil ami, à mon si fidèle et dévoué collaborateur, Ferdinand Lagarrigue.

Au moment où cette belle âme, ce beau et aimable caractère entre dans l'éternité, j'ai le pieux devoir de dire ici, devant sa tombe, quel homme de bien, quel homme droit il fut toute sa vie.

J'avais connu Lagarrigue il y a plus de cinquante ans, à une époque héroïque dont il ne reste déjà plus beaucoup de témoins ; c'était en 1890, lors de la préparation de cette loi de 1892 qui devait fixer le statut des chirurgiens-dentistes. Ami de Charles Godon, il avait été un des adhérents de la Ligue pour la liberté de l'exercice de l'art dentaire que celui-ci avait fondée à l'époque et dont j'étais le secrétaire général ; c'est dire combien, quoique non professionnel, Lagarrigue s'est, de longue date, intéressé à la profession dentaire.

Aussi lorsque, en 1902, je fondais la Société Coopérative des Dentistes de France, avec la collaboration d'un petit nombre de confrères, est-ce avec le plus grand plaisir que j'accueillis, sur la proposition de Charles Godon, la désignation de Ferdinand Lagarrigue comme Directeur de la nouvelle société.

Esprit libéral, épris de toutes les idées de progrès, il fut immédiatement séduit par le principe coopératif absolu qui inspirait notre société et il s'y dévoua avec un zèle qui ne devait pas fléchir un instant, pendant les trente-sept années qu'il en conserva la direction, malgré les difficultés innombrables que cette société devait rencontrer à ses débuts et je puis dire que, si celles-ci ont pu finalement être surmontées au cours des années, c'est en grande partie, grâce à la sûreté de son jugement, à la finesse de son esprit et à cette cordialité qui lui avait conquis la sympathie de tous.

Il a été pour moi, dans l'administration de notre société, le collaborateur le plus précieux, l'homme sage, pondéré, auprès duquel je n'ai cessé de trouver l'appui le plus sûr, le conseiller le plus prudent, servi par une mémoire remarquable qui ne s'était pas le moindrement affaiblie avec les années, comme nous nous plaisions à le constater encore il n'y a que quelques jours.

Son souci des intérêts matériels dont il avait la charge n'avait pas étouffé la bonté qui était le fond même de son caractère et j'ai été le témoin de sa sollicitude constante pour le personnel qu'il avait sous ses ordres et qui lui conservera, j'en suis sûr, un souvenir reconnaissant.

Ayant, en 1939, abandonné ses fonctions de Directeur, il n'avait pas cessé pour cela de s'intéresser constamment à notre société et il était resté, pour son successeur, mon cher ami, le Dr DREYFUS, et pour moi, le conseiller le plus attentif que nous consultions sur toutes les décisions importantes que nous avions à prendre, certains que nous étions de trouver en lui les avis de bon sens et d'équité que sa longue expérience et son beau caractère ne pouvaient manquer de nous apporter et qui lui méritait le surnom amical de sage Nestor que mon ami DREYFUS se plaisait à lui donner. Sa brusque disparition, outre le gros chagrin qu'elle nous cause, va créer un grand vide pour nous et j'ai peine à réaliser que nous ne le verrons plus chaque semaine, avec sa physionomie aimable et souriante, venir prendre place auprès de nous.

Tous les dentistes français ont profité des avantages que la Coopérative a apportés à leur profession et ils auront le devoir de donner une pensée reconnaissante à cet homme de bien qui a travaillé avec tant de zèle à cette œuvre hautement altruiste.

Je viens d'esquisser le rôle si important qu'a joué LAGARRIGUE dans notre Société Coopérative, que dirai-je maintenant de l'ami si cher, si dévoué, si affectueux qu'il fut pour moi ; je ne saurai tarir sur ses qualités de cœur, sur sa bonté, je perds en lui un ami irremplaçable auquel je me confiais en toute quiétude comme il voulait bien se confier à moi-même ; ce sont des liens qui, à mon âge, ne se retrouvent plus ; aussi c'est le cœur déchiré par le plus profond chagrin que j'adresse au nom de la Société que je préside, un hommage profondément reconnaissant à Ferdinand LAGARRIGUE pour les services éminents qu'il lui a rendus et que j'apporte aussi, à la mémoire de l'ami très cher qui vient de nous quitter, l'expression de mon indéfectible et cordiale affection, ainsi que le témoignage de notre bien douloureuse sympathie à ses chers enfants qui ont toujours été pour moi associés à l'affection que j'avais vouée à leur cher papa.

Maurice ROY.

Notre excellent confrère et ami, Albert JOACHIM, de Bruxelles, a été cruellement frappé dans ses plus chères affections ; sa fille Ghislaine, femme du Dr DE PLAUEN, a été enlevée en peu de jours, à 36 ans, laissant six jeunes enfants.

Tous ceux, et ils sont nombreux, qui connaissent M. et Mme Albert JOACHIM, depuis toujours fidèles participants à toutes nos réunions professionnelles et toujours si accueillants pour les Français en Belgique, où l'on sait la place éminente que JOACHIM tient dans la profession Belge, se joindront à nous pour leur adresser nos vives et bien sincères condoléances dans cette si douloureuse épreuve.

Nous avons eu le regret d'apprendre la mort de la mère du Dr BONNET-ROY, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. *L'Odontologie* adresse ses bien sincères condoléances à son dévoué collaborateur.

M. Marcel Blocman, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de sa mère, survenu le 18 juin 1946.

M. André Calame, chirurgien-dentiste, à Valence, nous fait part de la mort de son père, M. Louis Calame, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, membre de notre Groupement depuis de longues années, décédé le 27 juin 1946, dans sa 71e année.

Nous prions nos confrères de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

NOUVELLES

PRISE DE DATES

L'occupation et les difficultés de communications ont empêché la réunion d'une ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Conformément à nos avis antérieurs, l'Assemblée générale de l'A. G. D. F. est fixée au dimanche 20 octobre. Si la date des élections nous amenait à modifier ce jour, nos confrères en seraient informés individuellement.

Nous rappelons à nos lecteurs que le 65e *Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences* se tiendra à Nice du 9 au 14 septembre 1946. Nous espérons que nos confrères participeront nombreux à la 25e Section (Odontologie) qui sera présidée par le Dr Ch. HULIN, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

ERRATUM. — Dans le *Bulletin de l'A. G. D. F.* paru dans *L'Odontologie* du 30 juin 1946, p. 157, une erreur due à une coquille typographique, a détruit le sens de la première phrase des commentaires à la suite de la lettre du Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire. Il faut lire, en effet, à la 2e ligne : " **méconnaissant** " et non reconnaissant.

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

(CONSEIL RÉGIONAL DE LA RÉGION DE PARIS)

Le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de la Région de Paris a cru devoir prendre les décisions suivantes au cours de sa séance du 22 mai 1946, concernant les affaires disciplinaires qui lui étaient soumises.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que M. X..., est déféré devant le Conseil Régional par le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de la Seine pour n'avoir pas mentionné sur un questionnaire une condamnation prononcée contre lui par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Z... ;

Mais attendu qu'au moment où il rédigeait le questionnaire (20 juin 1944), M. X... ignorait la condamnation prononcée par défaut contre lui ; que cette condamnation ne lui fut notifiée en effet que le 12 juillet suivant ; que la preuve de sa mauvaise foi n'est pas rapportée ;

Par ces motifs,

Le Conseil décide de relaxer M. X... des fins de la pousuite.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que M. X... est traduit devant le Conseil Régional par le Conseil Départemental des Chirurgiens-Dentistes de la Seine pour avoir adressé à ce Conseil une lettre dont la forme a été jugée inacceptable et ne pas s'être rendu à une convocation qui lui avait été envoyée ;

Mais attendu que si les termes employés par M. X... sont dépourvus de courtoisie, ils ne renferment cependant pas des allégations qui soient de nature à justifier une sanction disciplinaire, que par ailleurs, le seul fait de ne pas avoir déféré à une convocation ne saurait constituer un manquement à l'observation des devoirs.

Par ces motifs,

Le Conseil décide de relaxer M. X... des fins de la poursuite.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que M. X... est déféré devant le Conseil Régional par le Conseil Départemental de la Seine pour n'avoir pas payé le montant de ses cotisations ;

Attendu qu'il est constant que M. X... n'a pas réglé la cotisation afférente à l'année 1945 malgré plusieurs mises en demeure ;

Attendu que le Conseil Supérieur, dans l'exercice des pouvoirs qui lui ont été attribués par l'Art. 10 de l'Ordonnance du 11 décembre 1944, a fixé le montant des cotisations à percevoir par les Conseils Départementaux ;

Attendu que le Conseil Supérieur a par ailleurs décidé que la cotisation était dûe par les Chirurgiens-Dentistes opérateurs au même titre que les Chirurgiens-Dentistes propriétaires de leur cabinet ;

Attendu que le Conseil Régional n'a pas compétence pour apprécier les décisions du Conseil Supérieur, ni pour accorder une remise ou une réduction de la cotisation régulièrement fixée ;

Attendu que le refus réitéré de M. X... constitue un manquement à l'observation des règles professionnelles et doit être sanctionné.

Par ces motifs,

Le Conseil décide d'infliger à M. X... un *blâme* avec inscription au dossier.

* * *

Le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de la Région de Paris s'est réuni à la Première Chambre de la Cour d'Appel, Palais de Justice de Paris, le dimanche 7 juillet 1946, sous la présidence de M. VILLAIN, Président, assisté de M. M. BAYON-TARGE, Conseiller Juridique, Vice-Président du Tribunal Cicvil de la Seine.

Le Conseil a pris au cours de cette séance les décisions suivantes concernant les affaires disciplinaires qui lui étaient soumises.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que le fait de recherche abusive de clientèle, reproché à M. X..., ne paraît pas suffisamment caractérisé pour pouvoir être retenu contre lui ;

Mais attendu qu'il est constant et non dénié que M. X... a utilisé des cartes dont le libellé « Dentclair... Restauration... » et la présentation constituent une publicité inadmissible, contraire aux principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession ;

Attendu que de pareils agissements ne sauraient être tolérés,

Par ces motifs,

Prononce contre M. X... la peine de l'avertissement. Dit que M. X... devra payer les frais de la présente instance fixés à la somme de 1.000 francs.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que suivant acte sous-seing privé en date du 1er mai 1943, la dame X... cédait à Z... les objets mobiliers, matériel et agencement d'un cabinet dentaire situé à Paris..... ; qu'il s'agit bien, en réalité, de la cession d'un cabinet dentaire, ainsi que l'établit l'acte de cession du bail des locaux intervenu le même jour entre les parties, dans lequel Z... est présenté comme « le successeur de Mme X... pour exercer à la même adresse, ... ledit cabinet dentaire ».

Attendu que s'il appartient aux tribunaux compétents de rechercher si, en égard aux conventions intervenues, la dame X... a manqué aux obligations civiles par elles contractées, il n'en est mas moins constant qu'en se rendant acquéreur le .... d'un cabinet situé tout à proximité ...., et en l'exploitant aussitôt, alors que Z..., par suite de son départ en Allemagne, le ...., pour la relève des chirurgiens-dentistes prisonniers, ne pouvait ni travailler, ni faire valoir ses droits, la dite dame X... a commis un acte contraire aux principes de moralité et de probité indispensable à l'exercice de la profession ;

Attendu qu'elle a par ailleurs, contrevenu aux mêmes principes en donnant à son exploitation un caractère commercial et publicitaire inadmissible, ainsi que l'établit le libellé des cartes par elle adressées ;

Attendu que de pareils agissements ne sauraient être tolérés ;

Par ces motifs :

Prononce contre la dame X... la peine de six mois d'interdiction d'exercice de la profession ; dit que l'interdiction prendra effet du jour où la présente décision sera devenue définitive. Dit que la dame X... devra payer les frais de la présente instance évalués à 1.000 francs.

. . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu qu'en état actuel de la législation en vigueur et qu'aux termes des art. 20 et 48 de l'ordonnance du 24 septembre 1945, un chirurgien-dentiste ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle, qu'aux termes de l'article 24 de la dite ordonnance, l'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national ;

Attendu que X..., résidant à Paris, est régulièrement inscrit au tableau du département de la Seine ; qu'il ne saurait dès lors lui être fait grief d'avoir exercé sa profession à Z....

Attendu par ailleurs, que X... ne possède pas dans cette localité un cabinet techniquement organisé ;

Attendu que le fait d'avoir donné des soins à des malades soit à domicile, soit dans la résidence de ses parents, installés dans cette localité depuis de longues années, ne constitue pas une infraction aux principes de moralité et de probité indispensable à l'exercice de la profession.

Par ces motifs,

Relaxe M. X... des fins de la poursuite.

Le Secrétaire Général : P. PELLETIER-DUTEMPLE.

ASSURANCES AUTOMOBILES

AVIS

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions TRÈS INTÉRESSANTES pour les Membres du Groupement de l'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS et de l'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE qui ont à souscrire une police automobile.

Ceux d'entre eux qui désirent profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANINES SUPÉRIEURES INCLUSES

Par A. BEAUREGARDT,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 22 novembre 1945)
616.314 007.13

Les canines supérieures doivent être considérées comme incluses quand elles sont situées dans les maxillaires, droit, gauche ou sur les deux, à partir d'une époque qui correspond à la croissance générale normale d'un enfant de dix ans.

Toutes les dents peuvent être incluses, individuellement ou par groupes. Dufourmentel a rapporté un cas curieux de multiples inclusions. Mais c'est la canine supérieure qui est le plus fréquemment sujette à cette anomalie.

Elle se présente parfois dans la région vestibulaire, mais plus communément dans la voûte palatine ; tantôt verticale, tantôt oblique jusqu'à occuper une position presque horizontale. La pointe cuspidienne peut dépasser, en le croisant, l'apex de l'incisive latérale et atteindre l'incisive centrale, tandis que l'extrémité radiculaire croise les racines de la première prémolaire.

Tel est le problème à résoudre aux doubles points de vue : diagnostic et thérapeutique.

*
* *

Le diagnostic intégral de toute anomalie d'un des organes de la région faciale, comprend quatre examens essentiels :

— le diagnostic clinique symptomatique ou séméiologique (examens morphologique et technique) ;
— le diagnostic fonctionnel ;
— le diagnostic lésionnel ou anatomo-pathologique, qui comprend la mise à l'échelle physiologique ou interpolation patho-physiologique ;
— le diagnostic causal, étiologique.

Dans cette étude, je n'envisagerai que le diagnostic clinique séméiologique et technique, l'interpolation patho-physiologique, le traitement mécanique et chirurgical de la canine supérieure incluse.

Diagnostic Clinique Séméiologique

On distingue deux sortes de signes : les signes de présomption (objectifs et subjectifs) et les signes de certitude.

Signes objectifs. — C'est souvent à l'occasion d'un examen fortuit que le spécialiste présume la présence intra-alvéolaire d'une ou de deux canines incluses.

L'examen facial révèle parfois une dépression de la région naso-labiale, lorsque la canine est placée dans la voûte palatine, ou une voussure quand elle est située dans la paroi vestibulaire du maxillaire supérieur. Mais c'est surtout à l'examen buccal que les signes sont évidents. On peut constater sur l'arcade supérieure les troubles suivants :

a) La canine temporaire peut être saine, cariée, souvent absente par chute normale ou provoquée :

b) Les dents voisines peuvent être anormalement placées. C'est ainsi que :

L'incisive latérale peut être en :

vestibuloposition coronaire,
linguoposition radiculaire,
distoposition coronaire,
malposition mono-marginale,
malposition bi-marginale.

De son côté, la première prémolaire peut être :

en mésioposition coronaire,
en mésioposition horizontale totale.

La surface d'émergence de la canine est plus ou moins réduite par ces malpositions.

c) Des dents surnuméraires ;

d) Ces anomalies sont presque toujours accompagnées de troubles morphologiques maxillaires, mandibulaires, alvéolaires et dentaires variables. Sont fréquentes : l'Endognathie supérieure, la mésioclusion des prémolaires et molaires, la linguoclusion des incisives.

La *palpation* de la région alvéolaire ou de la voûte palatine révèle suivant la situation de la dent, une dépression ou une voussure plus ou moins développée. Ces déformations sont non douloureuses, non inflammatoires et très denses à la pression. Chez l'adulte, on décèle quelquefois des phénomènes inflammatoires.

Les moulages représentent exactement les troubles dentaires et les déformations palatines ou vestibulaires.

Signes subjectifs. — Chez l'enfant, les signes subjectifs sont absents, mais ils peuvent apparaître chez l'adulte, c'est dire leur inconstance. Beaucoup de dents incluses sont restées silencieuses durant toute la vie.

Ce sont des troubles réflexes, des accidents tumoraux, des accidents infectieux et des accidents mécaniques.

Les troubles réflexes sont des phénomènes douloureux du type névralgies faciales symptomatiques, des névralgies faciales ou des troubles trophiques.

Les accidents tumoraux sont représentés par des kystes dentifères.

Les accidents infectieux du sac péri-coronaire proviennent d'une mono-arthrite suppurée siégeant sur une dent voisine, ou de la voie créée par l'extraction d'une dent limitrophe. Cette infection aboutit le plus souvent à un foyer d'ostéite et à la formation d'une fistule. La persistance de l'infection engendre parfois de la carie de la dent incluse avec atteinte de la pulpe et toutes ses conséquences douloureuses.

Cependant, ces derniers phénomènes se rencontrent rarement avec les canines incluses. Toutefois, chez l'adulte, la présence des appareils de prothèse à plaque, jointe à la résorption alvéolaire, favorise les accidents de désinclusion.

Les accidents mécaniques sont graves. — La canine incluse sous l'influence de causes évolutives, exerce des pressions continues sur la racine de l'incisive latérale et quelquefois sur celle de l'incisive centrale. Ces pres-

sions produisent la rhizalyse (résorption du cément et de la dentine). Leur action limitée à une simple encoche de la paroi radiculaire peut aboutir à une véritable amputation de la racine.

SIGNES DE CERTITUDE. — Ces signes sont fournis par la radiographie. La radio-stéréoscopie est le procédé de choix. On obtient des renseignements suffisants en prenant deux clichés sous des incidences presque orthogonales.

Un premier cliché est placé sur la paroi latérale de la voûte palatine. L'ampoule radiogène est dirigée à 45°. C'est l'incidence de BELOT. L'image obtenue situe la dent dans les sens antéro-postérieur et vertical.

Un second cliché est placé horizontalement, tangent à la surface occlusale des dents supérieures. La pointe du foyer radiogène est située à la hauteur du milieu de l'orbite en direction de l'arcade. C'est l'incidence de SIMPSON. L'image obtenue situe la dent incluse en dehors ou en dedans de l'arcade.

QUINTERO a préconisé de prendre ce cliché en plaçant la pointe de l'ampoule entre le Bregma et l'Obelion.

La confrontation des deux clichés permet de repérer dans une région restreinte : la position de la canine incluse, le degré de résorption des racines des dents temporaires, la position des couronnes et des racines des dents permanentes voisines, les odontomes, les dents surnuméraires, les rhyzalyses, les kystes dentifères.

L'examen des clichés doit être fait très attentivement, car une erreur peut retarder ou conduire à un échec opératoire.

EXAMEN TECHNIQUE

L'interprétation de ces signes essentiels n'est pas suffisante. Il importe de rechercher les rapports qui existent entre la dent incluse — ou les dents incluses — avec les autres régions de la face. Autrement dit, de déterminer la relation des dents incluses avec l'espace facial. Les déductions diagnostiques de cet examen sont d'autant plus impérieuses que le sujet est plus jeune, mais il faut en tenir compte pour l'adulte.

Cet examen est pratiqué, comme il est d'usage en orthopédie dento-faciale. La région faciale, comme la tête, est comparée à un solide et, comme tel, la méthode des projections orthogonales et des sens, adaptée à la forme particulière de cette région est applicable.

Pour connaître les dimensions, les proportions et la position normale des organes divers de la face, *chez les sujets normaux à chaque période intéressante de leur évolution*, — lesquelles correspondent avec l'éruption des groupes dentaires, compte tenu des variations normales individuelles —, d'éminents anthropologistes et orthodontistes y sont parvenus, après de laborieuses recherches, avec deux catégories de procédés. *Les méthodes directes* sur le vivant : les mensurations qui conduisent aux méthodes graphiques, géométriques et les méthodes mathématiques par les indices. *Les méthodes indirectes* par reproduction : les moulages simples et gnathostatiques, la photographie, la radiographie, la téléradiographie, la photo-téléradiographie.

La méthode des réseaux et l'anamorphose sont très objectives pour l'examen détaillé des organes.

De leur côté, les anomalies ou dysmorphoses faciales sont également volumétriques. Par conséquent, elles sont étudiées et reconnues avec les mêmes méthodes, par la comparaison de l'anormal au normal. C'est ainsi que la valeur des dysmorphoses, d'abord dans chaque sens, puis par regroupement ou synthèse, nous conduit à l'entité pathologique clinique individuelle.

Dans chaque sens, par rapport à chacun des plans, on distingue deux grandes classes de dysmorphoses statiques et cinématiques qui sont caractérisées par des effets contraires.

Ce sont : l'augmentation ou la diminution (topographique ou fonctionnelle) des dimensions, des rapports, de la position, des éléments tégumentaires, osseux, alvéolaires, des arcades, des dents, de l'articulation temporo-mandibulaire.

En prenant ces données pour base, on obtient la classification suivante :

Dans le sens antéro-postérieur : les anté- et rétromorphoses ;

Dans le sens transversal : les endo- et exomorphoses ;

Dans le sens vertical : les infra- et supramorphoses.

Les inframorphoses étant caractérisées par la position en deça des organes, en fonction de la hauteur naso-mentonnière. Les canines supérieures " incluses " font partie de cette classe, parce qu'elles sont situées en deça de la surface d'occlusion.

Il importe que nous ayons des termes précis et en accord avec ceux qui expriment les malpositions des autres sens.

C'est pourquoi j'estime qu'il est plus rationnel de substituer les termes *d'infraposition intra-alvéolaire* au mot « inclus » qui avait été remplacé par celui de « retenu » dont le D^r^ Izars est partisan.

Le préfixe « *infra* » signifie que la dent est située au-dessous de la surface d'occlusion. Le qualificatif « intra-alvéolaire » spécifie la situation particulière dans le maxillaire et sa région alvéolaire.

Par exemple : Une malposition dentaire compliquée qui se présente : en deça de la surface d'occlusion, en avant de sa position normale et en dedans de l'arcade peut être exprimée d'une manière conforme à la terminologie classique admise par les orthodontistes de langue française : elle est en infra-mésio-linguoposition intra-alvéolaire.

Formes cliniques

Du point de vue anatomo-pathologique, on peut dès lors, préciser les présentations multiples de la canine supérieure, en excluant les formes hétérotopiques importantes, telles que la transposition tête-bêche.

La canine supérieure incluse ou en infraposition intra-alvéolaire est analysée :

1° Par rapport à l'arcade projetée sur un plan horizontal : elle se présente en position : vestibulaire, sur l'arcade, palatine ;

2° Suivant sa direction, elle peut être : verticale, oblique transversale, oblique antéro-postérieure ;

3° Dans le sens vertical par rapport à la crête alvéolaire : profonde ou superficielle.

Interpolation patho-physiologique

Chez le sujet normal, la maturité du squelette en général, a des relations définies avec le développement du squelette facial et avec l'évolution dentaire.

Pour que la denture de dix ans, qui coïncide avec l'éruption de la canine supérieure permanente puisse se placer, il faut que les différentes régions faciales aient acquis la forme, le volume, l'orientation et les proportions nécessaires. Mais si la canine en infraposition intra-alvéolaire est une anomalie dans l'espace, elle peut être la conséquence d'un trouble évolutif dans le temps. C'est un élément pathogénique qui avait échappé aux observateurs et que Clinton Howard et de Coster ont eu le mérite de démontrer pour toutes les dysmorphoses.

Un enfant prématuré est plus jeune qu'un autre né à terme. Ils ont le même âge légal et cependant leurs processus de développement ne sont pas semblables. Aussi bien, un enfant retardé dans sa croissance par des causes

acquises a le même âge légal qu'un enfant normalement développé. C'est pourquoi l'âge administratif ne peut être pris comme élément de comparaison.

Par exemple, un enfant dont l'âge d'état civil et l'âge dentaire sont de dix ans, mais dont l'âge osseux correspond à sept ans, est anormal, parce qu'il présente soit un retard osseux, soit une précocité dentaire. Le contraire peut se produire.

Dans 21 % des cas, l'âge dentaire est au-dessous de l'âge légal.

Dans 7 % des cas, l'âge dentaire est au-dessous de l'âge osseux. Cette dernière constatation doit être retenue pour le diagnostic des canines incluses.

Les principaux éléments connus pour apprécier la normalité évolutive de croissance sont : la taille, le poids et leurs différents rapports avec le périmètre thoracique et l'ossification.

A dix ans, un enfant normal présente les caractères suivants : la taille du garçon est de 130 centimètres, celle de la fille est de 126 centimètres. Le poids du garçon et de la fille est de 25 kilogs.

La maturité du squelette est contrôlée par la radiographie du poignet qui montre le nouveau centre de l'ossification de l'apophyse styloïde du cubitus.

Si ces éléments ne concordent pas et en donnant une valeur particulière au degré d'ossification, on doit considérer que l'enfant est anormal.

Toutes ces données, très résumées, montrent l'importance d'un examen clinique général pour ne pas commettre l'erreur de qualifier d'incluse une canine dont l'évolution est retardée par le manque de parallélisme entre le stade de différenciation du squelette et les dents à leur maximum de formation.

Ces considérations sont du plus grand intérêt parce qu'elles fixent les directives thérapeutiques proximales et locales.

La suppression des obstacles qui entravent localement les phénomènes éruptifs, tels que : la suppression de la muqueuse, de l'alvéole, la correction des malpositions dentaires, le traitement des hypotrophies alvéolaires, suffisent, dans la majorité des cas d'infraposition intra-alvéolaire de la canine, à accélérer et à provoquer l'éruption de la dent.

Les tractions mécaniques directement appliquées sur les canines incluses doivent être exceptionnelles. Il serait intéressant d'avoir des précisions sur leur valeur chez l'adulte ayant atteint ou dépassé la différenciation osseuse maximum.

Traitement des Canines supérieures incluses

Le traitement de ces anomalies est presque toujours lié au traitement des troubles généraux, proximaux et locaux concomitants.

On ne saurait trop faire valoir l'importance :

— du traitement des causes héréditaires et acquises générales, qui sont du domaine thérapeutique du médecin pédiatre : la diététique, l'opothérapie, la vitaminothérapie, les agents physiques, les traitements des maladies infectieuses et les intoxications, etc... ;

— du traitement des causes proximales qui sont du ressort du spécialiste oto-rhino-laryngologue : les affections nasales et laryngées ;

— du traitement des causes locales, par le praticien dentaire. La prévention et le traitement des troubles histologiques des dents, non seulement pour qu'elles accomplissent leur fonction, mais aussi pour qu'elles ne se déséquilibrent pas et engendrent des troubles à distance.

Mais ce serait un chapitre trop important à exposer et j'ai pensé qu'il était plus démonstratif et plus conforme au caractère clinique de notre mutuel enseignement, de me limiter à l'orthopédie dento-faciale. C'est pour-

PLANCHE I

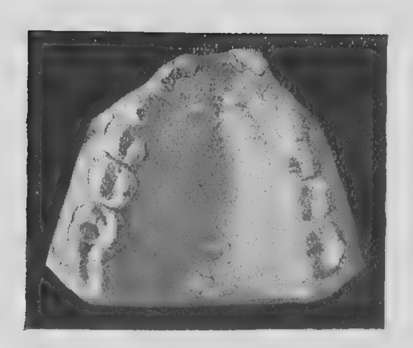


Fig. 1.

Fig. 2.

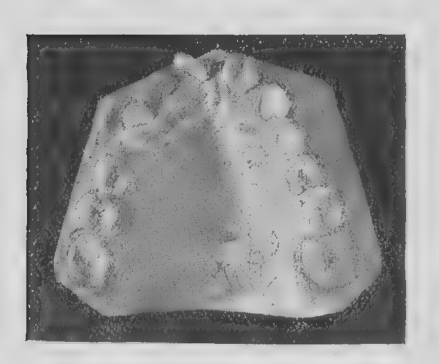


Fig. 3.

Fig. 4.

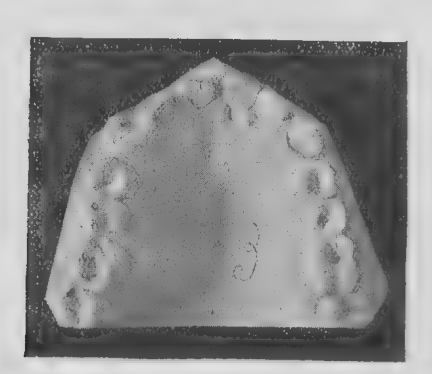


Fig. 5.

quoi j'ai choisi, parmi tous les traitements de canines incluses que j'ai pratiqués au cours de ma carrière ceux qui illustrent le mieux les méthodes diverses, en les faisant suivre de conclusions, dans lesquelles j'expose les directives qui doivent, jusqu'à nouvel ordre, orienter le choix de nos procédés.

La forme de cet enseignement s'accorde avec les disciplines qui ont fait la réputation de la médecine, de la chirurgie, de la stomatologie et de l'odontologie comme de l'orthopédie dento-faciale françaises.

OBSERVATIONS

Observation 1. — M. de la C..., 13 février 1945, âgé de 13 ans.

La persistance des canines temporaires conduit les parents à demander un examen. Une voussure apparente sur chacun des côtés de la voûte palatine fait présumer la présence de canines incluses.

Les radiographies confirment cette impression. Les canines sont en infra et en linguoposition intra-alvéolaire. La direction de leurs axes longitudinaux est verticale.

Ces anomalies sont accompagnées d'endognathie peu marquée et de supraclusion des incisives inférieures. Les distances mésio-distales réservées aux canines sur l'arcade, sont suffisantes pour recevoir les dents incluses.

Traitement. — Extraction des canines temporaires dont les racines sont très résorbées.

Pour faciliter l'éruption, l'électrocoagulation des muqueuses peu épaisses qui séparent les pointes cuspidiennes de la cavité buccale est pratiquée. Quinze jours après les canines apparaissent.

Pose d'un appareil à appui alvéolo-dentaire dont la rétention est solidement résolue avec deux crochets sur les prémolaires.

Un ressort en acier inoxydable a été prévu pour exercer des pressions dans le sens vestibulaire. Une surface d'interclusion incisive en caoutchouc a été ajoutée pour corriger la supraclusion, et qui, par surcroît, favorisera le passage des dents au delà de la ligne d'occlusion formée par les dents de l'arcade inférieure. Six semaines d'action de l'appareil ont suffi pour corriger cette double anomalie dentaire.

Critique. — Ce garçon, âgé de 13 ans, présentait un développement physiologique inférieur à l'âge légal. Il convenait cependant de hâter l'éruption pour faciliter le mouvement vestibulaire.

L'électrocoagulation est un procédé qui est très accepté par les enfants à condition de l'appliquer après une anesthésie locale des muqueuses.

Pour éviter toute hémorragie post-opératoire, il suffit de coaguler, en plusieurs temps, les muqueuses. Les cicatrices ne sont pas fibreuses, condition favorable pour l'éruption.

Du point de vue mécanique, ce qui importe, c'est de ne pas attendre que les canines cheminent dans la cavité buccale trop rapidement pour que les rapports occlusaux inversés ne s'opposent pas aux déplacements vestibulaires.

Les ressorts en tension suffisante sont constamment chargés en force sous l'influence des pressions entretenues par la mastication sur la surface plane d'interclusion incisive.

Observation 2. — M. B..., 1940, âgé de 8 ans.

L'examen de la région faciale révèle des dysmorphoses importantes. La lèvre supérieure est très proéminente, cependant que l'inférieure est en retrait.

L'examen buccal montre que l'arcade supérieure déborde largement l'arcade inférieure dans le sens antéro-postérieur.

L'examen morphologique conduit au diagnostic suivant : A l'arcade supérieure : vestibuloclusion des incisives supérieures ; à la mandibule : rétrognathie et distoclusion générale, supraclusion incisive.

Les dents ont des dimensions réduites.

L'incisive supérieure gauche permanente, en position vestibulaire, est à moitié de sa course éruptive.

Les autres dents sont temporaires.

De plus, il existe une dent de forme incisive, surnuméraire, entre D II et D III, et un diastème situé entre D III et D IV. (Fig. 1 et 2).

1940. — *Traitement.* — Extraction de la dent surnuméraire. Pose d'un appareil à appui alvéolo-dentaire, porteur d'un ressort vestibulaire intercanin pour lingualer

l'incisive supérieure gauche. Une surface d'interclusion incisive — en plan incliné — est disposée pour favoriser le proglissement de la mandibule. La myothérapie des propulseurs et des muscles labiaux est conseillée.

1942. — Les trois autres incisives ont fait leur éruption. D III a fait sa chute. Une dent de forme canine a fait son apparition entre D 2 et D IV. La radiographie révèle que cette dent est également surnuméraire et que la canine permanente est nettement visible. (Fig. 3 et 4).

Traitement : extraction de la deuxième dent surnuméraire.

Depuis cette intervention, la correction de la vestibuloposition des incisives est activée.

1945. — L'enfant a treize ans. Les prémolaires et molaires permanentes ont fait leur éruption. Le traitement des autres anomalies continue. Les canines sont encore en infraposition verticale. Leur surface d'émergence sur l'arcade est suffisante pour leur emplacement.

Traitement : attente de l'éruption naturelle. (Fig. 5).

Critiques. — La littérature rapporte des observations de cas semblables mis à part les dents surnuméraires — pour lesquels les auteurs ont pratiqué, sur des enfants de 13 à 14 ans, après fixation d'un crochet de traction dans les couronnes des canines, des tractions mécaniques.

Georges VILLAIN s'est élevé contre cette pratique qui peut être dangereuse pour l'intégrité des dents et parce qu'il ne s'agit, le plus souvent, que de simples retards d'éruption.

OBSERVATION 3. — M^lle^ B...

Cette jeune fille est âgée de 13 ans. Elle est venue avant terme, au 7^e^ mois. Elevée en couveuse artificielle, sa croissance a été lente et difficile.

L'examen facial révèle des rapports anormaux dans tous les sens.

En examinant la cavité buccale, on constate :

L'absence des canines temporaires D et G supérieures.

Les prémolaires D et G sont au contact des incisives latérales.

A la palpation de la voûte palatine, il est aisé de percevoir des voussures dures et non douloureuses.

Les radiographies confirment l'existence des canines incluses dans la voûte palatine, en position oblique dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal.

L'examen morphologique pratiqué selon les méthodes de PONT, d'IZARD, de DREYFUS, de FREY et de DE NÉVREZÉ, conduit au diagnostic suivant :

Dans le sens A. P. : linguoposition des incisives supérieures.

Dans le sens transversal : linguoclusion transversale symétrique de l'arcade supérieure.

La mandibule et l'arcade inférieure sont très développées.

Dans le sens vertical : la distance nasomentonnière est un peu augmentée par développement marqué des assises maxillaires, la hauteur d'engrènement des dents est basse. (Fig. 6 et 7).

Traitement. — 1° Application d'un appareil à appui alvéolo-dentaire avec écartement à forces continues (type CHENET, BEAUREGARDT) pour la correction de l'endognathie. Après avoir obtenu un écartement notable des arcades, je pratique en deux temps la suppression des muqueuses qui recouvrent les pointes cuspidiennes des canines, sous anesthésie locale, avec l'électrocoagulation.

Au fur et à mesure de l'apparition des canines, la plaque de l'appareil est échancrée pour ne pas arrêter leur cheminement buccal ;

2° L'espace mésio-distal nécessaire aux canines, sur l'arcade étant suffisant, un appareil à appui dentaire, complété de ressorts de version, a été appliqué pour diriger les dents vers le vestibule ;

3° Pour régulariser l'arcade et faciliter le mouvement vestibulaire des canines : application d'un arc vestibulaire rigide et ligatures de traction sur chacune d'elles.

Critiques. — 1° Ce cas montre l'obligation de pratiquer l'examen morphologique de la face pour prédéterminer la position normale, non seulement des canines incluses: mais aussi de toutes les dents ;

2° D'autre part, cette enfant, âgée de 13 ans légalement, était notablement en retard de croissance osseuse, autant par sa naissance précoce, que par son développement ultérieur ;

3° Le déplacement des canines a été important. Il a suivi l'écartement et le développement maxillaire dans le sens transversal

PLANCHE II

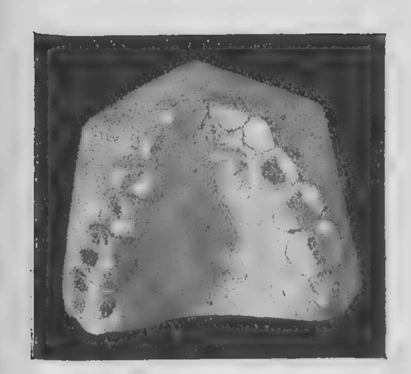


Fig. 6.

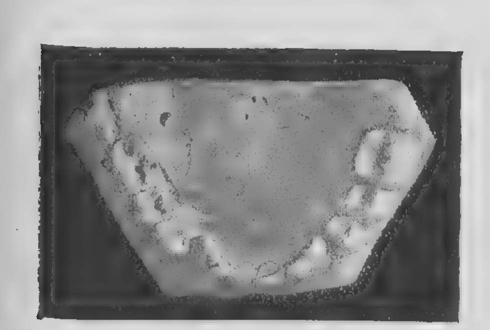


Fig. 7.

Fig. 8.

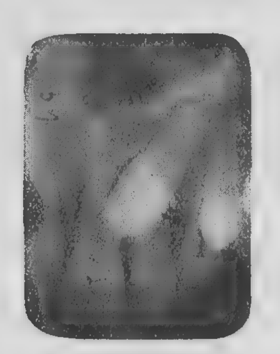


Fig. 9.

4° Des appareils de contention ont été nécessaires parce que la hauteur d'engrènement était réduite ;

5° Enfin, constatons l'utilité des pressions masticatoires transmises sur la voûte palatine par les plaques pour exciter les phénomènes d'éruption.

* * *

L'observation de ces dysmorphoses compliquées m'engage à quelques digressions importantes :

Au début de l'orthopédie dento-faciale, l'extraction des dents était le seul procédé en usage. Plus tard, ANGLE et son école admettaient, comme un dogme, la conservation de toutes les dents.

De nos jours, les méthodes de diagnostic, plus perfectionnées, autorisent, dans certaines formes cliniques, l'extraction. Ces indications sont exposées aux conclusions de cette étude.

OBSERVATION 4. — M. F...

Ce garçon, âgé de 15 ans, présente une canine supérieure temporaire persistante. La voussure palatine qui s'accroît depuis quelque temps l'inquiète assez pour qu'il se fasse examiner.

La radiographie confirme le diagnostic de probabilité : la canine est en infra-linguoposition superficielle. La couronne est au contact de la racine de l'incisive latérale. Les autres régions sont normales.

Traitement. — Application d'un arc vestibulaire fixé sur les prémolaires droite et gauche.

Sous anesthésie locale et à l'électrocoagulation, la canine est dégagée, cependant que la canine temporaire est extraite.

Dès que les phénomènes irritatifs consécutifs à ces interventions se sont dissipés, l'appareil est posé. Pour hâter le mouvement, une bague en platinel au 7 % munie d'un éperon lingual est scellée sur la canine. Dès que celle-ci est suffisamment apparente une ligature reliée à un arc vestibulaire transmet des tractions vestibulaires.

Critiques. — Le traitement a été plus long qu'il était nécessaire parce que le jeune homme a négligé de faire régler le ressort et la ligature à des dates régulières. Il s'en est fallu de peu qu'un appareil de surélévation de l'articulé soit obligatoire.

Les bagues en bandes d'acier au 7 % — ou en platinel — sont difficiles à ajouter sur les canines qui sont conoïdes. Il est préférable de recourir aux bagues coulées en or ou en argent.

Les arcs linguaux doivent être solidement rétentifs, d'une part, parce qu'ils sont soumis à des déplacements entretenus par la mastication, et aussi parce qu'ils subissent la réaction du ressort. C'est pourquoi il est rationnel de prévoir un arc vestibulaire et l'action d'une ligature en cas de besoin.

OBSERVATION 5. — Mlle S..., âgée de 15 ans.

Cette jeune fille présente une canine supérieure droite en infra-linguoposition intra-palatine superficielle.

Traitement. — Sous anesthésie locale : suppression de la muqueuse de recouvrement à l'électrocoagulation.

La dent se dégage assez vite pour qu'il soit possible d'appliquer une coiffe en or coulé. Un éperon horizontal soudé à la face linguale de la bague stabilise la ligature qui est reliée à un arc vestibulaire placé précédemment pour traiter une endognathie peu accentuée.

Un appareil pour surélévation de l'articulé a été nécessaire en cours de traitement pour supprimer l'engrènement anormal de la canine supérieure avec la canine inférieure.

Critique. — Quand la canine n'a pas accompli son éruption, il est très difficile d'ajuster une bande de métal très mince. Il est préférable de faire une coiffe en or ou en argent coulé. Voici comment on peut procéder :

Prendre une empreinte de la couronne. C'est le procédé courant qui est utilisé pour les moignons façonnés en vue de l'application d'une couronne de porcelaine, mais avec cette différence que la substance d'empreinte est remplacée par de la cire à inlay. L'empreinte est alors remplie de revêtement fin, puis complétée d'un petit socle également en revêtement fin.

Après durcissement, suppression de la cire. Puis, application d'une feuille de cire au 8/10 qui sera appliquée sur le moulage pour obtenir la maquette de la bague. Pose

d'une tige de coulée et investissement total selon les méthodes habituelles. Enfin, chauffage, coulée du métal choisi et polissage de la bague.

Après scellement, la bague résiste bien aux pressions de la ligature ou de la mastication. Les enfants apprécient ce procédé qui est moins douloureux et sanglant que l'ajustage incertain d'une bande.

OBSERVATION 6. — M. G..., âgé de 15 ans.

L'examen facial ne révèle rien d'anormal. A l'examen buccal on constate l'absence de la canine temporaire supérieure gauche. A la palpation on perçoit une voussure palatine caractéristique. La radiographie confirme la présence d'une canine permanente. La dent est en infra-linguoposition superficielle oblique.

Traitement. — Sous anesthésie locale, dégagement à l'électro-coagulation de la muqueuse qui recouvre la couronne. Deux jours après, une hémorragie de peu d'importance est facilement arrêtée.

Les parents s'opposent à la pose d'un arc lingual, qui, pensent-ils troublera les études de leur enfant.

L'appareil de SPANADEL-COMTE était indiqué.

Que va-t-il advenir ? La dent continuera son cheminement buccal jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par les dents de l'arcade opposée.

Un appareil de surélévation de l'articulé sera obligatoire à la reprise du traitement. C'est ce qu'il fallait éviter.

OBSERVATION 7. — M[lle] T..., âgée de 14 ans.

1939. — Les parents avaient consulté un confrère qui, après avoir pris des radiographies, constata deux canines supérieures incluses dans la région vestibulaire.

1941. — A l'examen buccal, je perçois deux voussures qui délimitent inégalement les contours vestibulaires des canines, situées sur les faces vestibulaires des racines des incisives latérales permanentes. Leur direction oblique transversalement situe la position sub-normale des apex.

Les canines temporaires sont présentes. Une endognathie peu marquée accompagne ces anomalies de position.

Les radiographies confirment l'infra-mésioposition vestibulaire. (Fig. 8, 9 et 10).

Traitement. — Application d'un appareil fixe atypique formé de deux bagues en acier au 7/100 sur les incisives centrales. Des ressorts sont prévus pour exercer des pressions sur les canines.

Sous anesthésie locale, les canines sont dégagées, chirurgicalement, des muqueuses et des bords alvéolaires de leurs faces mésiales, aux points d'impact des ressorts prévus.

De plus, un arc est placé pour corriger l'endognathie peu importante.

Dès que les canines sont arrivées au contact des canines temporaires, celles-ci sont extraites.

La dent du côté gauche a été facilement corrigée tandis que celle du côté droit, qui était plus mésiale, a été abandonnée parce que la jeune fille a dû quitter Paris et changer fréquemment de résidence pendant l'occupation. (Fig. 11).

Critiques. — Quand l'espace est insuffisant sur l'arcade, pour recevoir la canine temporaire, il importe de le créer dès que possible.

La conservation des canines temporaires est justifiée jusqu'à ce que les permanentes soient à leur contact, non seulement pour ne pas risquer le déplacement possible des dents voisines, mais aussi pour profiter du traumatisme opératoire, comparable à la septotomie.

Le traitement mécanique est délicat parce que les muqueuses internes de la lèvre supérieure sont irritées par les fils de l'appareil. Les ressorts en contact avec les muqueuses, et qui, parfois, y pénètrent, sont cependant bien tolérés, grâce aux qualités homo-iso-électriques de l'acier inoxydable, selon MENEGAUX.

OBSERVATION 8. — M[lle] G..., âgée de 15 ans.

18 novembre 1937. — C'est à l'occasion d'une « bosse qui pousse dans le palais » qu'elle se fait examiner.

La canine temporaire est présente.

L'incisive latérale est en vestibuloposition coronaire très accentuée.

A la palpation, on perçoit une voussure caractéristique sur la voûte palatine. Les radiographies révèlent la présence d'une canine en infra-linguoposition intra-alvéolaire.

Les poussées évolutives de la dent ont produit une rhizalyse importante sur l'incisive latérale. (Fig. 12).

Aucune manifestation douloureuse n'a révélé cette résorption radiculaire. La dent a une apparence et des réactions normales. L'examen morphologique ne révèle pas de dysmorphoses.

25 novembre 1937. — Les parents sont prévenus de ces troubles. Cette information est indispensable parce qu'il est prudent d'éviter que l'opérateur soit responsable de la chute d'une dent qui a une racine aussi résorbée.

Sous anesthésie locale, la muqueuse qui recouvre la canine est supprimée avec l'électrocoagulation.

10 février 1938. — Même intervention pour faciliter l'éruption déjà obtenue.

10 mars 1938. — La couronne est suffisamment dégagée pour qu'il soit possible d'appliquer un appareil à appui alvéolo-dentaire porteur d'un ressort en acier, au 6/10, orienté pour séparer la canine de la latérale, et diriger la dent incluse vers le vestibule.

1939-1941-1945. — Les radiographies montrent les résultats obtenus et la présence de l'incisive latérale qui, cliniquement, résiste à une pression un peu accentuée, et dont la patiente ne se plaint pas. (Fig. 13).

Critiques. — Cette observation illustre l'action mécanique des poussées évolutives de la canine incluse sur la racine de l'incisive latérale.

Je procéderais aujourd'hui d'une façon différente pour traiter cette inclusion.

L'appareil de Spadanel à appui dentaire formé d'un arc en acier rigide porteur d'anses formant ressort, appliqué dès le dégagement de la couronne, soit chirurgicalement, soit par l'électro-coagulation, est le procédé de choix pour supprimer le plus rapidement possible les pressions évolutives qui produisent la rhizalyse.

Observation 9. — M^{lle} M..., âgée de 17 ans.

Cette jeune fille est désolée « d'avoir une dent qui manque ». En effet, la canine supérieure droite permanente est absente. La radiographie montre qu'elle est en infra et linguoposition profonde et oblique. dans le sens antéro-postérieur.

Très fâcheusement, la première prémolaire est presque au contact de l'incisive latérale. La mésioclusion des dents qui suivent rendent la thérapeutique mécanique complexe à exécuter en raison de l'âge de la jeune fille.

Traitement. — Le traitement conservateur sera tenté sous toutes réserves.

Le premier temps du traitement consiste à traiter la mésioclusion des molaires et des prémolaires.

Un appareil à appui alvéolo-dentaire porteur du ressort distaleur coulissant dans une gouttière, conforme au dispositif de de Coster, est appliqué pour distaler la deuxième molaire. Deux ressorts supplémentaires ont été prévus pour faire la même opération sur la première molaire, puis, sur les deux prémolaires.

Un arc vestibulaire rigide fixé sur les deux molaires droite et gauche qui avait été placé précédemment par un confrère, est utilisé au cours de cette opération pour maintenir la deuxième molaire dans sa position nouvelle.

Quand la distance nécessaire à la canine est obtenue sur l'arcade, un dégagement chirurgical alvéolo-muqueux est pratiqué par le Dr Delibéros.

Six mois après, une nouvelle intervention est nécessaire parce que la dent n'a pas fait son éruption. L'opérateur se rend compte de la présence d'un tissu cicatriciel très résistant qui retardait le cheminement intra-alvéolaire de la canine.

Enfin, la dent fait son apparition six mois après.

Un appareil à appui alvéolo-dentaire sous lequel est fixé un ressort en fil d'acier au 5/10 est appliqué pour vestibuler la canine.

Dès que la couronne est suffisamment dégagée, une bague en or coulé, munie d'un éperon, permet l'action continue d'une ligature reliée à l'arc vestibulaire.

L'occlusion basse favorise le passage de la canine au delà de la ligne d'articulé des dents de l'arcade inférieure, mais, par contre, oblige la pose d'un appareil de contention, car la dent avait tendance à retourner à sa position linguale anormale.

Critique. — Je regrette de n'avoir pas appliqué l'appareil de Mac Phall pour empêcher la formation de tissu cicatriciel dès la première intervention.

L'appareil de Mac Phall est formé d'un arc lingual fixé sous les molaires, une anse prévue dans l'axe de l'espace opératoire fixe un bouchon de caoutchouc durci ou de paladon qui, mis à demeure dans la cavité alvéolaire opératoire, interdit le recouvrement de la canine par les tissus cicatriciels.

PLANCHE III

Fig. 10.

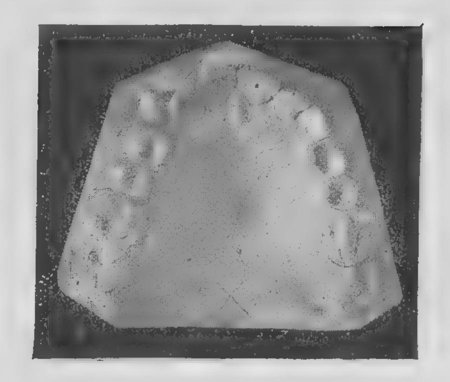


Fig. 11.

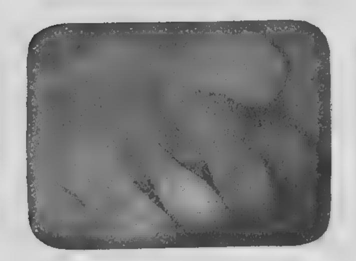


Fig. 12.

Fig. 13.

Fig. 14.

Fig. 15.

Fig. 16.

Ce procédé aurait évité le retard de l'éruption naturelle et par conséquent une nouvelle intervention.

La septotomie transalvéolaire selon la technique de DE NÉVREZÉ était indiquée pour hâter la fixation de la dent et éviter l'appareil de contention pendant une durée assez longue.

Enfin, quand le traitement de la mésioclusion des prémolaires et molaires n'est plus possible, ou que le temps nécessaire fait défaut, l'extraction de la première prémolaire est autorisée. A 17 ans, l'éruption d'une canine incluse est encore possible. La valeur esthétique et fonctionnelle de cette dent justifie la suppression de la première prémolaire.

Il faut reconnaître que la volonté de la patiente a été remarquable. Si le sujet ne présente pas ces conditions d'aide opératoire, il est préférable de simplifier le traitement en supprimant la première prémolaire, en vertu de l'adage : « Le mieux est l'ennemi du bien ».

OBSERVATION 10. — Mlle C..., âgée de 35 ans.

En 1932, se plaint de souffrir de jour et de nuit, par intermittence, dans la région gauche du maxillaire supérieur.

En effet, je constate sur la région alvéolaire qui correspond à la canine, une voussure. La muqueuse est enflammée et douloureuse à la pression. Sur l'arcade, la première prémolaire est recouverte d'une couronne en or, sur laquelle est soudée un talon en or, porteur d'une facette de porcelaine. Cet appareil a été posé vingt ans auparavant pour combler l'espace dû à l'absence de la canine permanente.

Les radiographies prises sous des incidences orthogonales montrent une canine en infra-vestibuloposition profonde et oblique dans le sens A. P. De plus, un kyste dentifère s'étend en passant sur l'apex de l'incisive latérale au delà de l'insicive centrale. (Fig. 14).

Traitement. — L'intervention chirurgicale de la canine fut décidée et pratiquée par voie alvéolaire. Je crus prudent de dépulper et d'obturer immédiatement les canaux des incisives.

Ultérieurement, l'appareil de prothèse a été remplacé par un autre dispositif formé d'un inlay à quatre faces et d'une facette de porcelaine complétée d'une surface triturante de forme anatomique.

En 1945, une radiographie de contrôle confirme les bons résultats opératoires.

Critique. — Cette observation montre la nécessité de surveiller cliniquement et par la radiographie, chaque année, les canines incluses qui ne provoquent pas de manifestations pathologiques chez le grand adulte. (Fig. 15).

OBSERVATION 11. — Mme G...

Il s'agit d'une dame âgée de 51 ans. Elle n'a jamais vu ses canines supérieures permanentes. En effet, à gauche, elle porte un petit bridge qui supporte une canine artificielle. A droite, la canine temporaire présente est cariée. Toutes les dents ont subi une abrasion physiologique assez marquée. La canine temporaire elle aussi, est assez abrasée, et cette abrasion jointe à la petite carie superficielle trituro-distale est inesthétique.

La patiente ne se plaint pas de phénomènes douloureux. Aucun signe clinique ne peut mettre en évidence des phénomènes tumoraux, ni infectieux, ni mécaniques. Je ne constate pas de voussures palatines.

Les radiographies révèlent que la canine supérieure droite et la canine supérieure gauche occupent une situation symétrique : d'infra-linguoposition intra-alvéolaire profonde, en direction oblique dans le sens antéro-postérieur. (Fig. 16).

Traitement. — En 1940, la couronne de la canine temporaire supérieure droite est taillée et reconstituée avec une couronne de porcelaine qui dure encore en 1945.

Critiques. — Voici donc deux canines permanentes qui sont restées toujours incluses sans manifester de troubles quelconques.

Doit-on craindre des accidents dans l'avenir ? Ils sont toujours possibles. Mais n'aurait-on pas la possibilité d'intervenir s'ils se présentent, à condition de surveiller leur évolution chaque année, avec la radiographie ?

L'appareil de choix pour remplacer la canine permanente, c'est le petit bridge composé d'un inlay à quatre faces scellé sur la prémolaire.

OBSERVATION 12. — M. B..., âgé de 63 ans.

Il est porteur d'un appareil de prothèse remplaçant toutes les dents de l'arcade supérieure, moins la première prémolaire supérieure droite.

Il se plaint de douleurs provenant de la région canine. A l'examen, la muqueuse de cette région est congestionnée, sensible à la pression. La radiographie révèle une canine incluse, verticale, sur l'arcade.

Le patient refuse l'extraction. L'appareil est échancré et la dent continue son éruption.

Actuellement, elle sert d'appui à un crochet qui stabilise l'appareil.

Ce cas montre qu'il faut savoir être éclectique et se garder de régles absolues.

Observation 13. — Mme M..., âgée de 63 ans.

Depuis quelques mois l'appareil remplaçant toutes les dents de l'arcade supérieure est difficilement toléré. A l'examen, la gencive correspondant à la canine supérieure droite est hyperhémiée et sensible à la pression.

La radiographie montre une canine incluse.

La canine est extraite sans difficulté, sous anesthésie locale.

Critiques. — Etant donné que cette patiente porte des appareils remplaçant toutes les dents des deux arcades, la suppression de la dent s'impose.

L'extraction dut être pratiquée après un dégagement péri-radiculaire parce que l'os est compact à cet âge.

Observation 14. — M. B...

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, qui porte un appareil de prothèse remplaçant plusieurs molaires et dents de la région incisive. Il a observé qu'une grosseur située sur la voûte palatine augmentait de volume depuis quelques années.

A l'examen, on constate une voussure sur le côté gauche de la voûte palatine qui correspond à la région canine. L'incisive latérale est presque au contact de la première prémolaire.

La radiographie montre une canine en infra-linguoposition intra-alvéolaire, à direction oblique dans le sens antéro-postérieur sans autre anomalie.

L'obligation d'une plaque palatine, l'absence de place sur l'arcade, l'âge du sujet sont autant d'indications en faveur de la suppression de la dent incluse.

Traitement. — Sous anesthésie loco-régionale de la voûte palatine, une incision passant à deux millimètres des collets linguaux des dents supérieures suit l'arcade, depuis l'emplacement jadis occupé par la molaire du côté gauche, jusqu'à la seconde prémolaire du côté droit.

Le lambeau muqueux est séparé de la voûte osseuse à la rugine de Farabeuf. Il est facilement récliné et fixé avec un fil de lin à une dent située sur le côté opposé. Le champ opératoire ainsi obtenu rend très visible la couronne ; celle-ci est dégagée à la fraise et la dent est facilement dégagée de sa loge. Puis le lambeau muqueux est appliqué sur la voûte osseuse et fixé par deux ligatures, en fil de lin, sur deux dents situées du côté opéré.

CONCLUSIONS

Le diagnostic clinique des canines incluses, outre *l'interprétation* des signes de présomption objectifs et subjectifs, doit être :

confirmé par la radiographie,

complété par un examen morphologique et technique de la face,

accordé avec l'âge physiologique du sujet.

Il existe aujourd'hui de nombreuses méthodes précises d'application simple, pour reconnaître les dysmorphoses :

Dans l'espace : *selon les normes* bio-métriques codifiées par les règles de : Izard, Pont, Frey, de Névrezé, Comte et Beauregardt. (qui a précisé le point incisif morphologique et esthétique).

Dans le temps : selon l'âge physiologique mis en valeur par Clinton, Howard et de Coster, en comparant les éléments somatiques individuels (poids, taille, ossification, sexe) aux tests de normalité de la croissance.

Ces notions sont essentielles pour ne pas qualifier d' « *incluse* » une canine qui, par sa position, a une évolution régulière en fonction du développement général chez l'enfant retardé dans sa croissance osseuse.

Cependant le choix de la thérapeutique doit être raisonné. La clinique

nous enseigne que l'éruption naturelle de la canine incluse est possible pendant une période de temps très longue. Or, cette éruption est accélérée si les obstacles qui empêchent son cheminement alvéolaire sont supprimés.

Les disciplines thérapeutiques, pour toutes les anomalies ou dysmorphoses sont :

d'ordre médical (pédiatre et oto-rhino-laryngologue),

d'ordre dentaire.

Le praticien a la responsabilité du traitement des caries et de la reconstitution morphologique des dents.

Récemment, les Drs Dechaume et Cauhépé ont publié des statistiques convaincantes à cet égard.

La surveillance des dentitions temporaire et permanente consiste à reconnaître les manifestations anormales statiques et cinématiques dès leur apparition. Il faut tenir compte des causes héréditaires acquises générales qui sont prédisposantes et adjuvantes ; et aussi des causes proximales et locales, déterminantes.

En présence d'arcades temporaires dépourvues de molaires telles que l'on en rencontre assez souvent, le déséquilibre dentaire pouvant en résulter doit être compensé par l'application de petits appareils fixés sur les dents voisines des espaces anormalement libres, ou bien, par de petits appareils semblables aux plaques de prothèse. Ceux-ci seront modifiés au fur et à mesure de l'éruption des dents permanentes.

D'ordre orthopédique. — L'orthopédiste doit avoir la constante préoccupation de conserver l'intégrité de la distance qui sépare l'incisive latérale de la première molaire, afin que, successivement, la première prémolaire, puis la canine, ensuite la deuxième prémolaire trouvent leur place d'émergence sur l'arcade.

Le traitement des canines incluses doit être envisagé suivant la nature des obstacles qui s'opposent à leur éruption.

— Les canines temporaires doivent être supprimées lorsqu'elles sont persistantes et que la radiographie révèle la canine.

— Les odontomes et les dents surnuméraires doivent être supprimés dès qu'ils sont reconnus.

— Chez l'enfant, dont la dentition est un peu retardée, et si la surface d'émergence est suffisante, G. Villain a montré que les pressions de la mastication, transmises par l'intermédiaire d'une plaque palatine sur la muqueuse recouvrant la canine, facilitaient son éruption.

— Si la surface d'émergence de la canine est réduite par la position des dents voisines, il convient de corriger la distoposition de l'incisive latérale et la mésioposition coronaire ou totale de la prémolaire.

— Si ces malpositions s'accompagnent de linguoclusion transversale de l'arcade supérieure, les appareils à appui alvéolo-dentaire à plaque palatine, et à appui dentaire par arc vestibulaire ou lingual, sont indiqués.

— Pour la linguoposition des incisives, on emploie suivant la nature de la malposition, coronaire, corono-radiculaire inverse ou totale, des arcs avec ligatures, ou les dispositifs du *Ribbon arch* d'Angle, de Tacail, ou similaires, en acier inoxydable de Simon.

— Pour la mésioposition des prémolaires et molaires, les appareils d'Angle avec forces inter-maxillaires, le distaleur de Coster, les appareils à plaque avec ressorts sont utilisés.

— Dans quelques cas de dysmorphose, compliquant l'infraposition intra-alvéolaire uni ou bi-latérale de la canine, et lorsque toutes les dents sont saines, l'extraction de la première prémolaire, ou de la seconde, si celle-ci est cariée, peut être envisagée.

Ces formes cliniques sont :

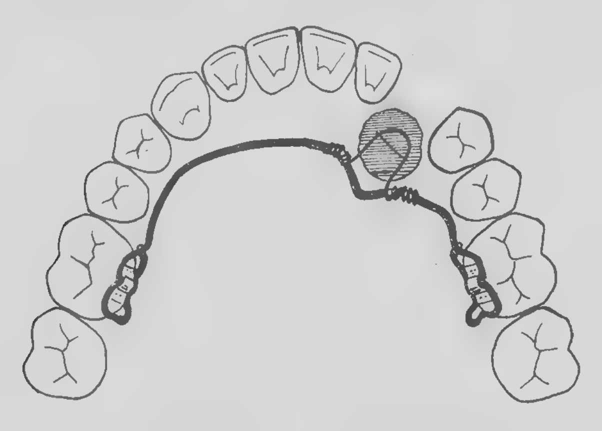
1° La mésioposition des prémolaires et molaires après l'éruption de la seconde molaire.

Quelquefois, l'obligation d'intervenir rapidement ou l'indocilité du malade sont à considérer ;

2° La vestibuloposition des incisives, accompagnée de mésioposition des prémolaires et molaires caractérisant la prognathie du maxillaire supérieur ;

3° Quand le volume des dents, ou la somme des diamètres mésio-distaux conditionnent une arcade non en rapport avec le volume ou les dimensions de la région alvéolo-maxillaire supérieure ;

4° Quand les deux prémolaires de l'arcade inférieure sont absentes par agénésie ou par extraction, dans l'infantilisme mandibulaire, mais toujours en tenant compte du profil naso-mentonnier.



APPAREIL DE MAC-PHALL

Fig. 17.

— Il faut profiter de la voie alvéolaire créée par la suppression des prémolaires, pour reconnaître la ou les canines incluses ; supprimer les obstacles, s'il y a lieu et appliquer les appareils de Mac-Phall pour empêcher la formation de tissu fibreux (fig. 17) ou les appareils de Spadanel-Comte, pour diriger la dent incluse vers l'arcade. (Fig. 18).

— Quand la canine est incluse superficiellement, la suppression par électro-coagulation des tissus qui recouvrent la canine, permet à la dent de poursuivre son éruption intra-buccale.

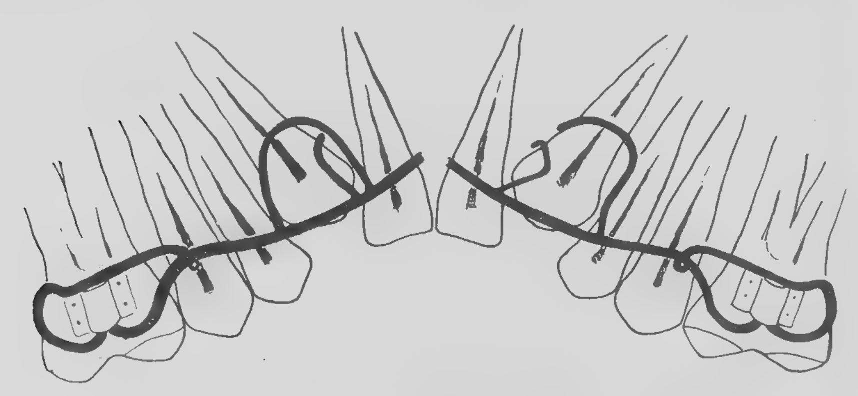
— Quand la canine est située profondément, il importe de supprimer les obstacles muqueux et alvéolaires. Après anesthésie locale de la voûte palatine, la fibro-muqueuse est incisée en suivant l'arcade à deux millimètres des collets palatins sur une longueur qui correspond aux besoins de l'intervention. Détaché à la rugine de Farabeuf, le lambeau est rabattu et fixé avec une ligature sur une dent opposée de la même arcade. L'accès de la canine doit être facile pour permettre l'exérèse à la fraise, des parois alvéolaires qui entourent la couronne. Il suffit de suivre la séparation très visible que fait le sac péricoronaire entre la couronne et les parois alvéolaires. La prudence est de rigueur lorsqu'on arrive au contact de la racine d'une dent voisine — l'incisive latérale en général — pour ne pas léser le ligament ou le cément.

— Après l'expulsion des résidus osseux et sanguins, le lambeau muqueux est remis en place, puis fixé avec quelques ligatures en fil de lin, aux collets des dents du côté opposé. La cicatrisation est très rapide.

— Pour empêcher le recouvrement de la canine profondément incluse, par les tissus cicatriciels, qui, parfois, empêchent l'éruption, l'appareil de Mac-Phall est appliqué dès la fin de l'intervention c'est-à-dire après la mise en place du lambeau muqueux.

— Pour faciliter les déplacements pré-éruptifs verticaux et diriger la canine en dehors, en dedans ou en avant de l'arcade, vers sa place d'émergence normale, on utilise l'appareil de Spadanel et Comte. Cet appareil est appliqué comme le précédent et peut lui succéder quand la canine est devenue accessible.

— Bien que, dans les observations rapportées, l'éruption des canines ait été naturelle, on peut être conduit à utiliser les crochets de traction chez les sujets adultes.



APPAREIL DE SPANADEL et COMTE

Fig 18.

G. Villain a donné les indications les plus précises du mode opératoire :

1° La couronne de la dent est découverte chirurgicalement en opérant suivant la technique décrite plus haut ;

2° Le point d'élection du pertuis destiné à la fixation du crochet de traction, est situé à l'intersection d'un axe horizontal, passant au tiers cervical de la canine et d'un autre axe passant par le milieu de la distance qui sépare la cavité pulpaire du bord marginal distal — le plus souvent accessible —.

Avec une petite meulette en forme de boule, on obtient une dépression qui empêchera le glissement du foret en dehors du point d'élection.

Pour obtenir un pertuis rectiligne, il faut utiliser un foret spécial que l'opérateur peut construire, faute de fabrication industrielle.

On prend une fraise usagée, pour pièce à main. On en supprime la tête. La tige est façonnée de telle sorte que, cylindrique au 6/10 d'épaisseur, elle soit terminée à 1 mm. 1/2 au maximum par un épaulement pour limiter la pénétration du foret. Puis, la tige cylindrique est taillée en forme de fer de lance (on peut utiliser un foret semblable, monté sur angle droit).

La direction du pertuis dépend de la situation axiale de la cavité pulpaire, qu'il faut se garder d'atteindre. La meilleure direction est perpendiculaire à la face linguale du point d'élection au collet vestibulaire, du même côté.

Le tenon du crochet est formé d'un fil d'or platiné fileté avec pas de vis large, calibré au 6/10 sur une longueur de 1 mm. 1/2 correspondant à celle du pertuis. L'extrémité opposée est contournée en forme de queue de cochon, suivant la technique TACAIL et MULLER. Les boucles sont simples ou doubles, suivant la profondeur de la canine, la seconde devant être supprimée dès que la canine sera superficielle.

Après assèchement du pertuis, du ciment clair est introduit et le tenon est vissé doucement jusqu'à sa complète introduction. Après cicatrisation du lambeau muqueux, le crochet est relié par un fil de soie ou un ressort à un arc lingual ou vestibulaire, lequel, par sa déformation élastique engendre des forces qui produiront le mouvement d'égression.

Quand il est possible de dégager suffisamment la couronne, on peut éviter la pose d'un crochet de traction en faisant passer une ligature en acier mou au 5/10 autour du collet de la canine. La tresse terminale est recourbée en forme de boucle, puis reliée à un arc par l'intermédiaire d'une ligature.

Chez l'adulte, le kyste dentifère peut imposer l'extraction de la canine, voire la dépulpation et l'obturation du canal de la dent voisine. Cette opération, pour être délicate, n'est pas périlleuse si les conditions et les temps opératoires sont respectés.

— Lorsque chez l'adulte une canine incluse ne donne aucun trouble, la surveillance et le contrôle radiographique doivent être effectués, chaque année, pour reconnaître le moindre signe pathologique.

Le vieil adage médical « *Primum non nocere* » trouve sa confirmation.

— La contention physiologique avec le rapport vestibulo-lingual normal, suffit quand l'engrènement est marqué, mais si la hauteur cuspidienne est insuffisante, il est nécessaire d'utiliser une plaque palatine, ou un arc lingual de contention, jusqu'à ce que l'organisation des tissus et la croissance osseuse soient complètes.

La fixation définitive est accélérée et renforcée, chez les sujets du type fluo-calcique de DE NÉVREZÉ, par la septotomie transalvéolaire.

*
* *

Malgré la valeur de ces indications opératoires, tous les pédiatres, qui, à un titre quelconque sont les gérants de la santé publique et de l'avenir des races, ont pour devoir impérieux de suivre les directives que fixait la Société Française d'Orthopédie dento-faciale, dès son premier Congrès de 1922 :

La prophylaxie des dysmorphoses de la région faciale, dans le but de diminuer la fréquence des « Canines supérieures, dites : incluses ».

REVUE ANALYTIQUE

LE STAPHYLOCOCCUS (PYOGÈNES) AUREUS PROVOQUE LA CARIE DENTAIRE

Par H. M. CRAWFORD, *D. D. S.*

Gottlieb a établi (1) que la carie dentaire est un processus nécrosant des parties organiques des tissus des dents. Les micro-organismes qui produisent les caries sont caractérisés par la production de pigments jaunes qui peuvent se trouver à n'importe quel degré de la carie dentaire, même avant le développement de la nécrose. Les microorganismes, non seulement envahissent les voies organiques de l'émail mais les digèrent (2). C'est ainsi un processus proteolytique.

Le Staphylococcus (pyogènes) aureus a été isolé de cavités cariées. Sa faculté à produire des pigments jaunes et à nécroser la matière organique a rendu probable le fait qu'il pourrait provoquer la carie dentaire. Des cultures pures de ce micro-organisme dans un bouillon de phosphate tryptosé ont été placées dans un tube d'essai. Des dents extraites absolument intactes au microscope, préalablement nettoyées avec une brosse rotative sur le tour et lavées à l'eau courante ont été placées dans la culture. Incubation pendant 48 heures, gardées ensuite à la température de la chambre. Les dents ont été transférées toutes les trois semaines dans des cultures fraîches, incubées 48 heures et laissées ensuite à la température de la pièce. En deux mois ou plus des taches de pigmentation jaunes et de réelles cavités se formèrent sur les dents. Les coupes révélèrent exactement la même image que celles des coupes de dents cariées. On a pu observer des cas où l'émail étant envahi, le processus de la carie n'avait pas encore atteint la dentine. Dans d'autres points, il avait atteint la dentine et produit là un processus de carie qui se trouve être identique à celui trouvé dans les caries naturelles de la dentine. Chaque partie atteinte montrait une pigmentation jaune. Dans les cas avancés, des cavités ont été observées montrant une perte d'émail et la dentine au dessous nécrosée, minant l'émail.

Il est reconnu que le staphylococcus (pyogènes) aureus produit aussi de l'acide (3). On voit le résultat de cette production acide dans l'émail aussi bien que dans la dentine des dents expérimentées. Dans divers endroits de l'émail, une barrière d'émail transparent se trouvait autour de l'émail jaune envahi. Aucune pigmentation jaune n'était visible en dehors de la barrière. Dans la dentine, une barrière opaque, hypercalcifiée était visible dans la périphérie cariée. Aucune trace de pigmentation jaune n'était visible en dehors de la barrière, indiquant que les microorganismes provoquant la pigmentation jaune ne la traversaient pas. Le centre de la dentine atteinte était décalcifié.

Ceci est une communication préliminaire, un rapport détaillé sera publié plus tard.

Département des Recherches du Collège de Dentisterie de l'Université Baylor. Dallas (Texas).

---

(1) Gottlieb, *B. J. D. RES.*, 23 ; 141, avril 1944.
(2) Gottlieb, *B. J. D. RES.*, 23 ; 379, octobre 1944.
(3) Gottlieb, *B. J. A. D. A.*, 31 ; 1489, novembre 1944 ; 1598, décembre 1944.

Major A. R. Entwistle. — **Quelques notes sur la condition dentaire des indigènes de l'Ouest africain.** (*British Dental Journal*, 1er mars 1946).

Généralement, l'Africain se soumet volontiers à la plupart des soins dentaires pourvu qu'une attention spéciale soit apportée à son aspect extérieur. Il est particulièrement désireux de faire remplacer par des dents artificielles toute incisive supérieure ou inférieure perdue, et, dans la plupart des cas qui ne méritent pas un appareil dentaire aux frais publics, c'est tout à fait de bon gré qu'il paiera, souvent jusqu'à l'extrême limite de ses ressources financières pour acquérir contre remboursement la pièce en question. Ce désir d'avoir un dentier s'explique probablement par le sens très aigu qu'a l'Africain des imperfections physiques existant sur la figure de ses compatriotes. Certainement un tel défaut lui fait perdre de la caste.

Certaines tribus se font un point d'honneur de ne reculer devant aucune souffrance et leurs membres se soumettent aux soins dentaires avec une parfaite impassibilité.

Par comparaison avec la moyenne des Européens, les Africains ont des mâchoires d'une structure beaucoup plus développée. Les malpositions sont presque inexistantes et, dans un cas particulier, on remarquait un espacement nettement marqué. Toutes les dents inférieures avaient complètement fait éruption, étaient en parfaite occlusion avec les dents supérieures et de plus, on trouvait dans la région des incisives inférieures un diastème large de 0 m. 025.

La présence de dents surnuméraires et d'une troisième prémolaire ou incisive est tout à fait fréquente.

Les abcès périodontaux sont, de loin, la cause la plus habituelle de perte de dents. Il est relativement rare de voir la carie seule occasionner la perte d'une dent.

On a noté uniformément la présence étendue de tartre sur la face linguale des molaires et prémolaires inférieures. Cette particularité de l'Africain est difficile à comprendre, mais sans doute est-elle due, à quelque degré, à ce que la plupart des Africains ne peuvent se livrer à un nettoyage effectif des surfaces en question à cause des méthodes primitives qu'ils ont adoptées pour maintenir leur hygiène buccale.

Les dépôts de tartre pouvant exister dans les autres parties de la bouche sont semblables à ceux qui se produisent chez les Européens.

Pendant l'inspection et le traitement du personnel africain, on a noté différentes formes de mutilation des dents. Les plus caractéristiques sont peut-être celles que pratique la tribu des Munchi ; la mutilation est limitée aux incisives centrales supérieure. Une large entaille est faite dans les deux tiers de la partie mésiale de chaque dent.

Sans aucun doute, le nombre relativement important d'incisives centrales supérieures qu'il a fallu et qu'il faut encore extraire est le résultat direct des périodontites déterminées par de telles mutilations. L'orgueil tiré de semblables difformités dentaires est difficile à concilier avec l'attitude adoptée dans la plupart des cas lorsque l'Africain prend conscience de la brèche subsistant après l'extraction des dents. C. J,

---

Philip Jay. — **Fluorine et carie dentaire.** (*Journal of the American Dental Association*, du 1er avril 1946).

Il est bien établi que les personnes habitant d'une façon continue, pendant les huit premières années de leur vie, dans une région riche en fluorine sont beaucoup moins atteintes par la carie dentaire que les personnes résidant dans les zones dépourvues de fluorine.

Leurs dents contiennent davantage de fluorine que celles des habitants des secteurs sans fluorine et les Lactobacilles ne se développent pas dans leur bouche.

Il semblerait que des applications locales de fluorine puissent réduire la réceptivité à la carie dentaire chez les enfants.

Au point de vue santé publique, il paraîtrait souhaitable de traiter à la fluorine l'eau utilisée à des fins domestiques. Des études sont actuellement en cours pour détermiher l'efficacité de ce type de traitement.

Si le traitement de l'eau destinée à la consommation publique s'avérait profitable, les enfants des zones rurales pourraient se trouver bien d'une médication interne : Mc Clure suggère l'ingestion de doses de fluorine de sodium comparables à celles des régions à fluorine, soit environ 2 milligrammes par jour.

D'après les informations obtenues jusqu'à présent, l'usage de fluorines dans des dentifrices ou pour des bains de bouche est injustifié. C. J.

B. J. Masuda. — **Aspects médico-dentaires de la maladie du périodonte.** (*Dental Items of Interest*, mars 1946).

I. L'auteur discute les relations et l'importance du rôle de cette affection dans beaucoup de troubles constitutionnels.

II. L'infection des dents, de la muqueuse et de la structure osseuse buccales pose un problème médico-dentaire. C'est pourquoi il faudrait qu'à la fois dentistes et médecins la considèrent avec soin.

III. Tous les facteurs étiologiques de l'affection du périodonte sont d'origine soit locale, soit générale ou des deux à la fois.

IV. On a trouvé que les micro-organismes du groupe streptocoque sont largement responsables de la majorité des cas.

V. Il est prouvé que l'affection du périodonte se produit rarement dans la bouche des personnes âgées de moins de 25 ans, mais ensuite, le pourcentage augmente au fur et à mesure que passent les années.

VI. L'auteur étudie les méthodes correctives dans le traitement de cette affection prise dès son début, pour en arrêter le développement et la guérir définitivement.

C. J.

H. Berton, Mc Cauley. — **Les brosses à dents : leurs matériaux et formes** (*Journal of the American Dental Association*, du 1er mars 1946).

Les brosses à dents telles qu'elles sont conçues de nos jours, sont probablement nées il y a deux ou trois cents ans. Leur développement s'est fait arbitrairement selon plusieurs types dont certains sont parfaitement inefficaces et même dangereux en tant qu'instruments universels.

L'opinion professionnelle récemment recueillie reconnaît les avantages d'une forme simple et compacte en accordant ses faveurs aux brosses relativement petites et à surface droite.

Les soies synthétiques en nylon ont largement supplanté les soies de porc depuis 1938. Elles sont plus durables et plus élastiques que les soies naturelles, mais leur mérite relatif comme agents de nettoyage n'a pas été déterminé.

Le celluloïd utilisé pour les manches a été remplacé par l'acétate, le méthacrylate et le butyrate.

Il est tout à l'honneur du Bureau de la Production de Guerre que les matériaux nécessaires aient été fournis en quantité convenable pour faire face aux besoins militaires et civils en brosses à dents pendant la période de guerre.

Une connaissance croissante de l'importance de l'hygiène buccale dans le maintien de la santé générale et du bien-être, a rendu la brosse à dents d'une étude soigneuse.

C. J.

B.-F. Dewel. — **Le frein labial normal et anormal : sa différenciation clinique.** (*Journal of the American Dental Association*, du 1er mars 1946).

I. — Le frein présente deux atteintes à la normale, différentes, mais portant à confusion. L'une est simplement un développement inoffensif ; l'autre est réellement une anomalie. Des deux cas, le premier est de beaucoup le plus commun.

II. — Aucun frein ne devrait être tenu pour anormal tant que l'on n'a pas éliminé toutes les causes possibles de séparation des incisives centrales. Ces causes sont plus souvent question de développement que de pathologie.

III. — Le frein chez le fœtus présente une structure relativement massive. Il est ensuite caractérisé par une tendance persistante à la régression jusqu'à ressembler chez l'adulte à un repli muqueux insignifiant.

IV. — Les insicives centrales se développent dans des alvéoles séparés par la suture maxillaire. Par nécessité, elles font éruption avec un espace entre elles. L'éruption subséquente des incisives latérales et des canines fournit la pression nécessaire pour amener en contact les incisives centrales et entraîner l'atrophie du frein, s'il a conservé une insertion alvéolaire basse. C'est dans ces périodes de transition qu'un simple hyperdéveloppement est le plus souvent confondu avec une anomalie authentique.

V. — La présence prolongée d'une séparation entre les incisives centrales, quelle qu'en soit la cause, favorise la durée d'existence d'un frein très développé. Une pression anormale de la langue, certaines habitudes des lèvres, l'absence d'incisives latérales ou leur forme défectueuse et certains cas de malocclusion sont parmi les causes de séparation des incisives centrales.

VI. — La résection du frein n'entraîne pas la certitude que les incisives centrales vont venir se mettre en contact. L'opération éliminera le tissu incriminé, mais l'espace demeurera aussi longtemps que la cause réelle en sera présente.

VII. — Avant d'entreprendre une intervention chirurgicale dans les cas douteux, des appareils d'orthodontie devraient être posés pour réduire partiellement l'espace. Généralement l'espace peut être entièrement réduit sans résection. Si des mesures chirurgicales sont nécessaires, les appareils sont déjà en place pour amener rapidement en contact les incisives avant que ne puisse se former de tissu cicatriciel. C. J.

BERTIL EBENIUS (Stockholm). — **Cancer des lèvres** (*Acta radiologica*, suppl. 68, 1943, 232 p., 26 fig). (*Presse Médicale*, 8 mai 1946.)

EBENIUS rapporte les cas de cancer des lèvres observés au Radium hemmet, de 1910 à 1935. Il a été traité 778 patients. L'âge moyen est 64 ans, la proportion est de 92 pour 100 pour les hommes, 8 pour 100 pour les femmes.

Parmi les facteurs prédisposants, il faut citer la lumière solaire, l'irritation provoquée par la pipe chez les fumeurs, le tabac constituant une cause favorisante.

Parmi les maladies précancéreuses, il faut retenir la leucoplasie, les hyperkératoses, les rhagades, les cheïlites chroniques.

BERTIL classe les cancers en formes exophytiques et non-exophytiques, la localisation à la lèvre inférieure s'observe dans 98 pour 100 des cas.

Quant aux métastases, leur fréquence est de 25 pour 100 ; elles apparaissent au cours de l'année qui suit l'apparition de leur tumeur primitive ; les adénopathies sous-maxillaires sont observées dans 76 pour 100 des cas, les sous-mentales dans 50 pour 100 des cas.

L'examen histologique décèle la plupart du temps un épithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Jusqu'en 1925, il a consisté en application de tubes de corps radioactifs au contact de la lésion, à partir de 1926, on a fait de l'aiguillage combiné dans certains cas avec de la télécuriethérapie. L'exérèse après radiothérapie pré-opératoire suivie de rôntgenthérapie post-opératoire ou de télécurithérapie a constitué la méthode de traitement des métastases. Dans certains cas, on a fait l'aiguillage des ganglions.

RÉSULTATS. — Les guérisons depuis plus de 5 ans ont été en moyenne de 65 pour 100. Les récidives locales sont survenues dans 7 pour 100 des cas (sur 715 patients) ; la moitié des récidives survient dans les 8 premiers mois.

Les récidives lorsque les tissus ont été peu modifiés par la radiothérapie ont été traitées par aiguillage, quelques-unes par exérèse chirurgicale.

Il a été noté dans 8 pour 100 des cas, des nécroses superficielles qui ont guéri spontanément.

Discussion des différentes thérapeutiques. Le traitement par le radium est à préférer, les rayons X sont indiqués dans les formes étendues, le traitement chirurgical des métastases est indiqué dans les cas opérables ; l'évidement cervical systématique est à recommander dans les cas où il n'existe pas de ganglions perceptibles.

P. BERTRAND.

ODDSSON. — **Electrocoagulation du ganglion de Gasser par la méthode de Kirschner** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. 19, fasc. 1-2, 1944, p. 293-301). (*Presse Médicale*, 8 mai 1946).

ODDSSON rappelle tous les traitements médicaux et chirurgicaux utilisés dans le traitement de la névralgie faciale essentielle et symptomatique, y compris la tractotomie de Sjôquist et estime que quand un certain nombre de ces traitements a échoué, on peut être autorisé à utiliser l'électrocoagulation du ganglion de Gasser proposée la première fois par KIRSCHNER en 1931.

ZENKER, en 1938, rapporta 342 cas de névralgie faciale traités par cette méthode, dont 346 névralgies essentielles et 14 symptomatiques.

Des 309 névralgies essentielles ainsi traitées, 272 auraient été complètement guéries et 15 améliorées.

Sur 120 patients suivis de 2 à 6 ans, des récidives furent observées dans 20 pour 100 des cas, dont 12 dans le même territoire et 10 dans un territoire différent.

5,2 pour 100 des patients eurent des kératites neuroparalytiques et 10 pour 100 une paralysie des masticateurs. A noter aussi 3 paralysies du moteur oculaire externe, 2 parésies de la III° paire.

KIRSCHNER, en 1942, rapporta 1.113 cas traités par électrocoagulation. Dans 5 pour 100 elle resta sans effet et dans 25 pour 100 elle dut être répétée pour obtenir la disparition des symptômes. Dans 20 pour 100, il y eut récidive. La mortalité fut inférieure à 1 pour 100.

Sur 74 névralgies essentielles et 12 névralgies atypiques traitées au Rigs Hospitalet, 44 cas furent guéris, 20 durent subir d'autres traitements.

Le nombre des récidives paraît assez élevé : 13 sur 46.

Les meilleurs résultats, non suivis de récidive, sont ceux qui intéressent le nerf maxillaire inférieur.

Les complications sont toujours : la paralysie de la racine motrice, l'atteinte de la VI^e paire, la kératite neuroparalytique.

Oddsson estime que le traitement le plus indiqué de la névralgie faciale essentielle est toujours la neurotomie rétro-gassérienne. Si celle-ci ne peut être exécutée, on s'adressera à l'injection d'alcool à la base du crâne, à la neuro-exérèse ou, encore, à la méthode de Kirschner.

Oddsson estime que la neurotomie de Dandy sera progressivement remplacée par la tractotomie de Sjöquist.

H. Schaeffer.

Virenque (M.). — **Immobilisation et pression des greffes libres de peau totale en chirurgie faciale réparatrice.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et Maxillo-faciale*, janvier 1946).

Dans une précédente étude, l'auteur avait étudié les indications, la technique générale puis l'évolution et les résultats des greffes libres de peau totale placées au niveau de la région faciale. Dans le présent article, il examine les procédés d'immobilisation et de pression nécessaire à la prise de ces transplants.

L'immobilisation et la pression des greffes cutanées libres s'obtiennent d'une façon différente selon qu'il s'agit de greffes de la région faciale ou d'une autre région du corps.

En ce qui concerne la face il faut distinguer deux cas :

1° Dans le premier, il s'agit d'une greffe dermo-épidermique étendue ou petite, ou d'une greffe de peau totale mais de dimensions restreintes et siégeant dans une région ou l'immobilisation et la pression sont faciles à obtenir. C'est le pansement fixé sur le plan greffé par des fils de soie qui assure l'immobilisation ; on applique parfois une plaque de stents ou de vulcanite recouvrant l'ensemble.

2° Dans le second, il s'agit de greffes étendues de peau totale, situées dans les régions mobiles de la face ou au voisinage des orifices buccal ou palpébraux. Les régions greffées sont alors immobilisées et maintenues en équilibre par deux pressions : l'une interne profonde fixe, l'autre externe réglable. La pression interne fixe est assurée par le plan osseux et cartilagineux ou par des pièces prothétiques intra-nasales ou intra-buccales.

La contre-pression externe réglable est plus difficile à réaliser. Les appareils employés par l'auteur comprennent trois parties :

1° La plaque externe de pression en vulcanite moulée sur la région ;

2° Un point d'appui fixe qui est dentaire supérieur ou inférieur ou bien cranien. Le point d'appui dentaire est toujours préférable mais il est parfois impossible d'avoir recours à lui. Lorsque l'appui cranien par casque plâtré est lui-même inutilisable ou difficilement applicable, on peut employer un casque métallique réglable ;

3° Une tige d'union avec système de levier permettant de régler la pression.

Ces prothèses peuvent être schématisées en quatre appareils types :

1° Appareil cranio-orbitaire ;

2° Appareil dento-orbitaire ou dentaire supérieur ;

3° Appareil dento-mentonnier ou dentaire inférieur ;

4° Casque métallique réglable.

La technique varie suivant les régions de la face :

1° *Greffes frontales.* — Prise rétro-auriculaire, abdominale, immobilisation par pansement compressif.

2° *Greffes orbito-palpébrales.* — Lorsqu'elles sont de petites dimensions, la technique est la même que pour les greffes frontales. Lorsqu'elles sont étendues leur prise est abdominale. L'immobilisation est obtenue par un appareil dento-orbitaire et en cas d'impossibilité par un appareil cranio-orbitaire.

3° *Greffes nasales.* — Même technique que pour les précédentes, mais la prise sera toujours rétro-auriculaire.

4° *Greffes naso-géniennes et péri-buccales.* — Leur prise est toujours abdominale. L'immobilisation nécessite le plus souvent l'occlusion des mâchoires et toujours une contre-pression interne par plaque vestibulaire ou gingivo-labiale et une pression externe réglable avec appui fixe dentaire supérieur ou inférieur.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Compte rendu de la séance du 25 juin 1946

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence du Dr Marcel RACHET.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Président rappelle la création d'une « Tribune Libre » qui a pour but de permettre à tout membre de la Société de demander l'avis des confrères spécialisés sur la solution d'un problème de pratique professionnelle courante.

Le Président émet le vœu que cette tribune soit utilisée lors des prochaines séances de la S. O. F. et donne ensuite la parole à Mme MULLER, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, qui expose son rapport sur le XIXe Congrès d'Orthopédie Dento-Faciale qui a eu lieu les 30 mai, 1er et 2 juin, à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence du Prof. DECHAUME.

Mme MULLER passe en revue les diverses activités de ce Congrès auquel elle a pris part avec une communication sur *La prédétermination du point incisif par comparaison au point nasal sous-cutané.*

Après avoir félicité et remercié Mme MULLER, le Président donna la parole à M. DEVIN, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, qui présente une communication sur *Le coup de Bélier, facteur d'insuccès dans les coulées métalliques.*

M. DEVIN expose les insuccès dans les coulées métalliques : mauvaise condensation du métal incomplètement coulé, granuleux ou poreux ; il s'attache à démontrer scientifiquement la complexité des phénomènes de réflexion, de freinage du métal sur les parois de la matrice et termine en donnant des indications pratiques dictées par ces considérations physiques ; pour une coulée correcte la pointe de coulée sera d'un diamètre correspondant au volume de l'empreinte ; pour les petits inlays, la tige de coulée sera munie d'une chambre de réserve ; pour les inlays importants, on aura soin de fixer la tige de coulée en un point où une imperfection sera sans importance pratique ; l'orientation de cette tige de coulée sera telle que la masse de cire soit répartie harmonieusement et qu'aucune partie de la maquette ne soit en retrait de son point d'implantation.

Le Président remercie M. DEVIN pour sa communication et le félicite de la formule scientifique qu'il a donnée à son exposé prothétique.

Le Président donne la parole à M. le Prof. Agrégé A. LEMAIRE, Médecin des Hôpitaux. — *Les manifestations bucco-pharyngées des avitaminoses.*

Le Dr LEMAIRE expose d'abord la complexité du problème envisagé sous l'angle des manifestations bucco-pharyngées en fonction de la multiplicité des vitamines, de leur mode d'absorption et de leur assimilation.

Après avoir noté la variété des avitaminoses qui existent souvent à l'état latent et que peuvent révéler des intoxications passagères de l'organisme (infections, grossesse, etc...) et qu'on rencontre aussi bien au cours des guerres, des famines, des restrictions alimentaires que dans les civilisations les plus raffinées (farines trop blutées, stérilisation des conserves, etc...), le Dr LEMAIRE passe en revue les principales avitaminoses. Le groupe des vitamines B, B1, B2, PP, etc..., qui jouent un rôle dans le mécanisme de la régénération cellulaire, donc de la nutrition.

La carence en B1 donne des troubles digestifs, moteurs, la vitamine B2 ou riboflavine, dont l'avitaminose ou ariboflavinose donne des troubles oculaires (lésions cornéennes), des modifications de la muqueuse buccale et linguale qui prend un aspect rouge Magenta.

La vitamine PP, dont la carence pure s'appelle anicotinose et la pellagre — épidémique ou endémique — se caractérisent par une stomatite, des troubles gastro-intestinaux ou rectaux, des névralgies, des troubles psychiques ; une rougeur interne de la muqueuse bucco-pharyngée avec sensation de brulûre, des aphtes tenaces, géants, multiples.

Les gencives sont tuméfiées ; la langue couleur « cardinal » peut devenir crevassée.

A propos de la Vitamine C, dont la carence est due au manque d'acide ascorbique,

le conférencier attire l'attention sur la fragilité de cette vitamine capitale qui est détruite par chaleur ou vieillissement, sur son rôle dans la régularisation des oxydations, dans la croissance et le fonctionnement des glandes endocrines.

Chez l'enfant, l'avitaminose C se manifeste du 10e au 15e mois, des hémorragies, de l'œdème, des troubles digestifs ; les gencives sont rouges, violacées, boursouflées ; les formes frustes donnent des gingivo-stmotatites.

Quant à la vitamine D, vitamine calcique, le Dr LEMAIRE définit sa carence par ses manifestations au cours de l'hypercroissance : les maxillaires sont tassés, ramassés et contrastent avec un hyper-développement cranien. La voûte palatine, ogivale, est étroite, l'os incisif fait saillie : le maxillaire inférieur est carré, l'angle obtus.

On note un retard de la dentition temporaire et des irrégularités dans l'ordre normal d'éruption des dents.

L'orateur expose ensuite le rôle capital de la vitamine K dans la coagulation sanguine et dans la thérapeutique des hémorragies.

« L'avitaminose n'est pas suffisante pour expliquer les différents symptômes car il existe des erreurs de régime, des déséquilibres alimentaires, des infections permanentes qui rendent insoluble la question ».

Cependant il faut donner des vitamines associées à un régime alimentaire meilleur : alimentation animale et végétale riches en vitamines : levure sèche et fraîche, son de riz, pain complet, poisson, etc..., à laquelle on adjoindra des vitamines synthétiques à raison de ·

1 à 2 milligr. par jour de B2,

300 milligr. de C par doses décroissantes,

15 milligr. de D tous les 15 jours au maximum.

Le Dr LEMAIRE termine sa conférence par une mise en garde contre l'insuffisance d'un traitement vitaminique seul et sur la nécessité d'associer une thérapeutique générale.

Le Président remercie le Prof. LEMAIRE de la leçon magistrale qui met en relief les ressemblances frappantes entre les carences de misère physiologique et celles dues aux excès de civilisation (aliments stérilisés, etc...). Il lie le problème de certaines avitaminoses à des insuffisances endocriniennes et rappelle le résultat obtenu récemment par l'acide nicotinique dans le traitement d'une Acrodynie infantile par le Dr Julien MARIE, Médecin des Hôpitaux. Il considère que, bien que la thérapeutique vitaminique ne soit pas constante dans les résultats de traitement des caries, il donne sa préférence au traitement prophylactique de l'enfance avant l'apparition de la décalcification dentaire et des caries.

Il met en relief l'importance de la vitamine K dans le traitement curatif des hémorragies associé à l'absorption de sels biliaires. Il remercie encore le Prof. LEMAIRE d'avoir bien voulu apporter le fruit de ses travaux à la tribune de la S. O. F. et incite les confrères présents à utiliser ses conseils dans leurs traitements journaliers.

La séance se termine par une communication de M. le Dr BOUCHE, ancien Chef de Clinique à la Faculté : *Ce que j'ai vu dans le domaine maxillo-facial au cours de mon récent voyage aux E. U. A.*

Chargé de mission par le service culturel des Affaires Etrangères, le Dr BOUCHE, dans une causerie très vivante, étayée de projections, rapporte ses observations sur l'activité des chirurgiens de maxillo-faciale de Boston et du Dr KARADJIAN, en particulier.

L'anesthésie générale, préférée à la locale, est obtenue par une combinaison d'éther-oxygène sous pression par voie endo-nasale et intra-trachéale ou par une association de pentotal par voie intra-veineuse avec éther-oxygène sous pression.

La pénicilline est systématiquement employée ; par action générale le plus souvent.

Le conférencier traite ensuite des diverses techniques de greffe cutanée qu'il illustre par des projections.

Il termine son exposé par la description des traitements de fractures et de pseudarthrose du maxillaire et des becs de lièvre chez les nourrissons.

Suit une discussion entre le Dr BOUCHE et le Dr RACHET sur l'interprétation de certaines images radiographiques de kystes du sinus maxillaire.

Le Président remercie le conférencier des précisions techniques qu'il a apportées sur les méthodes actuellement utilisées en Amérique dont chacun des auditeurs ne pourra que bénéficier.

La séance est levée à 23 h. 35.

Le Secrétaire des Séances : Pierre FROMENT.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 18 juin 1946

Présentation d'un Cheilostat pour la lèvre inférieure, par MM. BOUTROUX et LATTES.

Explication anatomique des odontalgies d'origine nasale, par MM. SOLEIL et ROMMEL. — Les auteurs ont isolé un rameau nerveux, émanant du ganglion sphéno-palatin ou de la partie toute proche du tronc du nerf maxillaire supérieur, qui se dirige en longeant la surface de l'os maxillaire supérieur, vers la gencive et s'épanouit sous la muqueuse gingivale au niveau de l'apex de la racine distale de la deuxième molaire supérieure. Ce rameau nerveux, formé vraisemblablement, en majeure partie de fibres sympathiques et para-sympathiques, explique l'existence de la zone douloureuse déjà signalée par SOLEIL, au-dessus de la racine distale de la deuxième molaire supérieure, au cours d'infections des fosses nasales.

Recherches sur les associations microbiennes de quelques infections buccales, par M. PRÉVOT, Chef de Service à l'Institut Pasteur. — 50 aérobies ont été isolés contre 35 anaérobies. Le plus fréquent des aérobies a été le staphylocoque blanc, isolé 19 fois ; puis vient le streptocoque pyogène isolé 17 fois.

Parmi les anaérobies, staphyloccus anaérobius vient en tête (5 fois), suivi aussitôt par Veillonella parvula (4 fois), Bacterium alactolyticum (4 fois) et streptococcus intermedius (3 fois). Aucune de ces infections buccales n'a de formule bactérienne définie, sauf la stomatite ulcéreuse qui semble due à l'association de staphylococcus albus et de streptococcus pyogènes ; les anaérobies y sont rares.

Données actuelles sur la septicité bucco-dentaire, par MM. SÉGUIN et VINZENT. — Après avoir passé en revue la flore fondamentale de la cavité buccale, les auteurs étudient la flore pathologique des affections aiguës putrides et mettent en évidence le pouvoir pathogène qu'acquièrent des germes non virulents, en cultures pures, lorsqu'ils sont en association même réduite. Quant à la flore des affections chroniques, en particulier des foyers apexiens, elle varie extrêmement d'un cas à l'autre : tantôt ce sont des anaérobies, tantôt des anaérobies facultatifs, ou des aérobies ; tantôt la flore est mixte. L'abondance des microbes siégeant dans ces foyers est également variable. Ces foyers septiques font courir à leurs porteurs des dangers redoutables : septicémies, bactériémies larvées, états allergiques démontrés par LANDGRAFF et BANHEGYI, en ce qui concerne l'allergie aux antigènes strepto et staphylococciques, par LEHMANS en ce qui concerne l'allergie à la flore anaérobie.

Autoplasties de la face par lambeaux cylindriques, par le Médecin Colonel GINESTET. — Après un bref rappel de l'origine de la méthode, l'auteur passe en revue ses nombreux avantages et décrit sa technique. Suivent des projections photographiques.

Dr Robert VRASSE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 11 juin 1946

Communications :

H. L. ROCHER. — *Quelques considérations sur l'urano-staphylorraphie et la prothèse dentaire post-opératoire.*

Le Prof. H. L. ROCHER, se basant sur une expérience de plus de 40 ans, insiste sur les conditions essentielles d'une bonne technique opératoire : libération des lambeaux fibromuqueux, désinsertion de la musculature du voile du bord postérieur du palais osseux, conservation du pédicule palatin postérieur.

La suture muqueuse côté nasal, le cerclage de la musculature palatine, le tamponnement des brêches latérales par gaze iodoformée, forment les meilleures chances d'une réunion *per primam.*

La prothèse viendra masquer toutes imperfections restantes du palais antérieur. Elle sera conçue suivant les idées du Prof. DUBECQ (prothèse squelettique à encombrement minimum ou fenetrée). Les dents de l'os incisif et de la berge externe de la fissure alvéolaire doivent être supprimées pour implantation vicieuse, défaut de structure, etc...

P. Maronneaud. — *Le brochage dans les fractures du maxillaire inférieur.*

L'auteur présente l'observation d'un homme de 33 ans, qui fut victime d'un accident au cours duquel il eut la mâchoire inférieure fracturée dans la région moyenne de la branche horizontale droite.

Pour la contention de cette fracture, et dans le but de réduire le temps habituel du blocage intermaxillaire, il utilisa la broche de Kirschner et pratiqua un brochage longitudinal du maxillaire inférieur. Il rappelle à cette occasion les divers modes de brochage qui ont été réalisés jusqu'ici dans le traitement des fractures mandibulaires : mode transversal de Delay, de Bayonne (1938) ; mode longitudinal utilisé par lui (1940) ; mode crucial rapporté par Cadenat, Bouyssou et Laurent, de Toulouse (1945) ; et tire des conclusions pratiques concernant les indications propres à chacun de ces procédés : mode transversal pour les fractures symphysaires et para-symphysaires, mode crucial pour les fractures symphysaires comminutives, mode longitudinal pour les fractures angulaires et pré-angulaires. Fractures ayant comme caractère clinique commun un état d'édentement, ou un déplacement important et difficile à contenir, des fragments.

Dubernard. — *Deux volumineux kystes dermoïdes du plancher de la bouche.*

L'auteur présente deux cas dans lesquels ces tumeurs offraient les caractères habituels et classiques : indolence, évolution relativement rapide, énucléation facile. Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant chez lequel au quatrième jour de sa naissance on remarqua la présence au niveau du plancher de la bouche d'une petite tumeur qui fit penser à l'existence d'une double langue. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un enfant de 5 ans 1 /2 qui présentait une tuméfaction importante de la région sus-hyoïdienne médiane qui avait considérablement augmenté de volume depuis deux mois. Interventions simples par voie endo-buccale, si aucune adhérence profonde ne vient compliquer la dissection de la tumeur comme ce fut le cas pour le deuxième enfant.

Dufreche et Dr Chassaigne. — *Manifestation bucco-dentaire d'une leucémie aiguë.*

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade, âgé de 36 ans, présentant une leucémie aiguë qui fut diagnostiquée à l'occasion d'accidents bucco-dentaires caractérisés par une alvéolite rebelle et une gingivo-stomatite, avec atteinte grave de l'état général. A ce sujet, ils rappellent que, souvent, c'est le stomatologiste qui, le premier, peut mettre sur la voie du diagnostic, et que chez ces sujets toute intervention d'ordre chirurgical doit être proscrite, car celle-ci donne presque toujours un coup de fouet à l'affection et peut être à l'origine de complications.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

IMPORTANTE RÉUNION D'INFORMATION DE CHIRURGIENS-DENTISTES A HOSSÉGOR

Renouant les traditions d'avant-guerre qui veulent que la reine des plages de la côte d'argent soit le siège d'importantes manifestations scientifiques, artistiques, littéraires ou sportives, le Conseil Départemental et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes des Landes avaient organisé, le dimanche 16 juin, une grande réunion régionale qui s'est déroulée par une journée magnifique dans le cadre enchanteur de ma cité parc d'Hosségor.

De nombreuses délégations étaient venues des départements voisins, tandis que Les Landais avaient répondu à l'appel de leurs dirigeants.

M. le Dr Boulard, représentant le Médecin Directeur départemental de la Santé des Landes assistait à la réunion.

Une importante séance de travail eut lieu le matin à la Salle des Fêtes aimablement mise à la disposition des Congressistes par la Municipalité d'Hosségor. Après le discours d'ouverture prononcé par M. Cazenave, Président du Conseil départemental et du Syndicat dentaire des Landes, les représentants nationaux firent leur communication.

M. Louvet, Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, fit un exposé complet de la législation professionnelle actuelle et de ses répercussions sur l'exercice de la profession.

M. Dehillotte, Membre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, donna un compte rendu de l'activité du Conseil National et des différents problèmes en cours de résolution, parmi lesquels celui de la retraite dont la commission placée sous sa présidence, comprend, en outre, MM. Marandas, de Paris ; Lemée, de Nantes ; Benoist, d'Hosségor ; Loiseau, de Saint-Amand-les-Eaux.

M. Magné, remplaçant M. Nones, Président de la Fédération du Sud-Ouest souffrant, met les confrères au courant des négociations en cours avec l'Union Régionale des Caisses de sécurité sociale.

M. Bordenave, Membre du Conseil d'Administration de la Confédération Nationale des Syndicats dentaires, rappelle les origines du Syndicat dentaire et son activité féconde au service de la profession.

M. Benoist, Membre du Conseil d'administration du Comité National d'hygiène bucco-dentaire, traite des questions d'hygiène et de prophylaxie sur le plan social, dans le cadre des instructions ministérielles en vigueur.

L'assistance nombreuse et fort compréhensive prit une part active à la discussion.

En fin de séance, un ordre du jour fut adopté aux termes duquel « Les chirur- « giens-dentistes se déclarent prêts à apporter au Gouvernement et aux organismes « sociaux, leur concours le plus entier ».

Un excellent déjeuner réunit ensuite les Congressistes à l'Hôtel Primerose. De nombreuses dames ayant accompagné leurs maris, une note élégante et gracieuse caractérisa ce banquet de 70 couverts.

Au dessert des allocutions furent prononcées par :

M. Cazenave (Mont-de-Marsan), qui souhaita la bienvenue à ses hôtes.

M. Benoist, Président du Syndicat d'Initiative d'Hosségor et instigateur de cette journée, dit sa joie de voir la pleine réussite de cette première manifestation d'après-guerre, et félicite ses confrères qui ne se laissèrent rebuter, ni par la distance, ni par les difficultés.

M. René Soubestre salua les congressistes au nom de la Municipalité et les remercia d'avoir choisi Hosségor pour tenir une importante session de leurs travaux.

M. Dehillotte (Saint-Jean-Pied-Port), qui présidait le banquet, porta un toast aux organisateurs, aux personnalités présentes, aux dirigeants nationaux : le Dr Hulin, Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ; M. Rand, Président de la Confédération Nationale des Syndicats dentaires ; et M. Aye, Président du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire.

Il salue M. Louvet, Vice-Président du Conseil National, sinistré total de Saint-Malo, qui a bien voulu venir participer à cette réunion et adresse son amical souvenir à M. Lazari, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes des Basses-Pyrénées, retenu par le devoir de sa charge de premier adjoint de la ville de Biarritz.

M. Magne (Bordeaux), représentant M. Nones, excusé pour raison de santé, prit ensuite la parole au nom de cet organisme.

M. Bordenave (Bayonne), Membre du Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats dentaires, lança un ardent appel à l'union.

M. Louvet (Saint-Malo), insista, lui aussi, sur la nécessité impérieuse de la cohésion de toute la profession, et engagea ses confrères à renouveler fréquemment ces contacts empreints de franche cordialité et de compréhension mutuelle, dont la manifestation d'Hosségor est un magnifique exemple.

La parole fut ensuite donnée au Dr Mesplède, de Lesperon, le Démosthène de la médecine et de l'art dentaire des Landes, qui tînt l'assistance sous le charme de sa parole, pendant un temps trop court au gré des auditeurs.

Quelle que put être l'ambiance de cette belle réunion, qui se déroula sous le signe de l'amitié, les convives se séparèrent en hâte pour jouir quelques heures avant leur départ de la magnificence du Lac Marin, scintillant au soleil, enchassé dans la forêt de pins et de chênes-liège, et du spectacle grandiose de la mer sauvage déferlant sur la côte, où subsistent encore les traces de cinquante mois d'occupation, qui, il faut l'espérer, seront complètement effacées l'an prochain.

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Le Congrès de l'A. F. A. S. s'est tenu cette année, du 9 au 14 septembre, à Nice. Comme d'habitude, la Section d'Odontologie a rassemblé le plus grand nombre d'adhérents.

Nous donnerons, dès que possible, le compte rendu des travaux très importants qui ont été présentés, mais nous ne voulons pas tarder davantage à signaler une manifestation dont le souvenir nous est particulièrement agréable, d'abord par son intérêt pour la propagande en faveur de l'Hygiène Bucco-Dentaire, et aussi par le cadre somptueux dans lequel elle se déroula.

Le 11 septembre 1946, le Comité Départemental d'Hygiène Dentaire des Alpes-Maritimes avait organisé, à l'occasion du 26e Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, une réception très brillante au Grand Hôtel Ruhl, de Nice.

Tous les praticiens de l'Art Dentaire, venus très nombreux au Congrès, avaient répondu à l'invitation des organisateurs. M. Ruffa, président de ce Comité, souhaita, en termes chaleureux, la bienvenue au congressistes, et souligna les brillants résultats obtenus dans son département dans le domaine de l'Hygiène Dentaire Scolaire.

M. Aye, président du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, remercia le Comité départemental de sa réception si cordiale, de sa vigilante action, et rappela que ce Comité a été un des précurseurs de l'Education sanitaire sous l'impulsion de son ancien président, M. Selbmann.

MM. les Drs Hulin, président, et Roy, président d'honneur du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, que l'on trouve toujours présents aux manifestations scientifiques et professionnelles, associèrent le Comité National aux félicitations adressées au Comité Départemental des Alpes-Maritimes.

PREMIÈRE CONFÉRENCE D'ACTUALITÉS STOMATO-ODONTOLOGIQUES

Organisée par la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lille
(30 avril 1946)

Les gingivo-stomatites ulcéreuses et leurs traitements, par le Dr Jean SOLEIL Directeur de la Clinique dentaire de la Faculté de Médecine de Lille.

L'auteur étudie l'épidémie récente de gingivo-stomatite ulcéreuse. Il considère les germes et l'état général qui conditionne la résistance locale, rappelle au point de vue clinique la classification morphologique, puis passe en revue les stomatites connues. Stomatite aphteuse arsénicale, aurique, bismuthrique, différentes avec les sels insolubles, les sels liposolubles, les sels hydrosolubles, mercurielle, érythémateuse, ulcéreuse. L'auteur décrit la stomatite ulcéreuse, insiste sur le diagnostic étiologique. BERGERON en 1859, avait décrit la stomatite ulcéreuse des soldats à caractère spécifique, contagieux et épidémique.

Le traitement doit être préventif, hygiène buccale, hygiène des appareils de prothèse. Curatif par action locale, détartrage léger, attouchement aux antiseptiques alternés. Dans les formes graves, utiliser des antiseptiques oxydants. Dakin, eau oxygénée. Les pulvérisations de sulfamide en poudre sont à conseiller.

L'action générale doit consister à désintoxiquer le malade et à libérer l'intestin. A donner la vitamine C sous forme d'acide ascorbique pour lutter contre une avitaminose possible ou après médicament. Les doses doivent être importantes 500 mmg. par jour pendant plusieurs jours, puis une dose plus faible d'entretien. La vitamine C ne semble agir que par excès au-delà d'une réserve à constituer dans certains cas. La vitamine D renforce l'action.

Les sulfamides sont à réserver aux forces graves ou rebelles. La pénicilline utilisée par l'armée américaine est active mais n'évite pas les rechutes.

Localement les brossages alternés le matin avec XX gouttes de solution de chlorure de zinc à 1/10e dans un verre d'eau, et le soir avec 1/2 cuillerée à café de solution de Dakin dans un verre d'eau selon la méthode de GUDIN, sont simples et actifs. Tous les cas observés ne sont pas semblables et des traitements individuels sont à prévoir.

DEUXIEME CONFÉRENCE D'ACTUALITÉS STOMATO-ODONTOLOGIQUES

Organisée par la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lille
(14 mai 1946)

Les sulfamides en stomatologie, par le Dr Georges CARLIER.

Après avoir rappelé l'acheminement des recherches qui ont amené à la découverte des sulfamides, l'auteur montre le mécanisme chimique des sulfamides et comment les diverses substitutions permettent de faire la synthèse de différents dérivés.

Précisant leur mode d'action, l'auteur montre qu'ils n'agissent pas comme antiseptiques, mais plutôt comme bactériostatiques sans influencer l'immunité. Leur action se fait comme antivitamines en agissant sur certains facteurs chimiques qui servent à la proenzyme microbienne et permettent l'activité bactérienne. L'auteur étudie ensuite le cycle des sulfamides dans l'organisme, quels sont les modes d'absorption, de mise en réserve et d'excrétion. Ceci le conduit à établir les règles de traitement, mode d'administration et posologie et à préciser les incompatibilités et les accidents de la sulfamidothérapie. Il en découle les indications en stomatologie qui lui semblent devoir se restreindre si l'on veut éviter de sacrifier à l'engouement et à la mode d'autant que bien souvent la pénicillinothérapie sera appelée à faire concurrence aux organes soufrés.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(23 juin 1946)

Les Odontalgies d'origine extra-dentaire, par le Dr Jean SOLEIL, de Lille.

L'auteur rappelle les travaux de M. ROY, en 1905, 1907 et 1932. Puis l'exposé de BERCHER et FLEURY en 1932 sur les odontalgies, ayant leur origine dans les infections des sinus maxillaires. Il rapporte des cas de ces odontalgies, notamment retentissement sur les molaires inférieures. Il reprend son exposé de 1934 sur les douleurs dentaires provoquées par l'infection du sinus sphénoïdal en appuyant ses conclusions sur les recherches anatomiques de COULOUMA concernant les sinus sphénoïdaux anormaux.

Puis il présente les *odontalgies d'origine nasale*, provoquant une zone douloureuse située exactement au-dessus de la racine distale de la deuxième molaire supérieure. Odontalgie limitée à la deuxième molaire supérieure. Cette douleur disparaissant avec l'infection des fosses nasales. Enfin, il montre les recherches anatomiques de ROMMEL qui ont permis de prouver que dans 80 % des cas, il existe un nerf non décrit qu'on peut appeler *nerf de la gencive vestibulaire de la deuxième molaire supérieure*, lequel prend naissance soit du ganglion sphéno-palatin avec ou sans anastomose vers le nerf sous orbitaire, soit au dépens du nerf maxillaire supérieur peu en avant du ganglion de MECKEL.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Nous rappelons à nos confrères l'appel qui a été fait dans notre numéro de Juin 1946 au sujet de la manifestation A. BLATTER, que nous reproduisons ci-dessous.

Nous les informons que la souscription va être close incessamment et nous prions ceux qui veulent y prendre part, d'adresser sans retard le montant au Trésorier de la F. D. N., M. P. FONTANEL, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

MANIFESTATION Antoine BLATTER

En raison de son âge et de la fatigue, notre confrère BLATTER abandonne ses fonctions.

Au moment où ce dévoué serviteur des chirurgiens-dentistes va prendre un repos légitime, ceux-ci n'oublieront pas les nombreux services qu'il leur a rendus depuis cinquante ans par son action incessante auprès des Pouvoirs Publics chaque fois que leurs intérêts étaient en jeu.

Ils n'oublieront pas notamment que c'est à l'action persévérante de BLATTER auprès des autorités militaires et en particulier de l'Amiral LACAZE et de M. Justin GODART que les dentistes doivent la création des Dentistes des Armées de Terre et de Mer pendant la guerre 1914-1918, et que seules les nécessités budgétaires ont empêché jusqu'ici la création de Dentistes de l'Armée active jusqu'au grade de colonel dont, sur son initiative, le décret était sur le point d'être signé il y a un an.

En témoignage de reconnaissance, la F. D. N. a décidé d'ouvrir une souscription pour offrir un souvenir à notre ami au moment où il prend sa retraite.

Tous les chirurgiens-dentistes, quelle que soit leur origine, tiendront à s'associer à ce témoignage si légitime de leur gratitude.

Se souvenant que BLATTER, avec le plus grand désintéressement a, toute sa vie, sacrifié ses intérêts personnels au service des chirurgiens-dentistes, nous espérons qu'ils voudront bien se montrer assez généreux pour que, avec l'excédent de la somme nécessaire à l'achat du souvenir, nous puissions réunir un petit capital qui viendrait s'adjoindre à l'aide que lui servira l'Ecole Dentaire de Paris et dans ces temps si difficiles pour rentiers et retraités, lui apporterait une petite ressource supplémentaire pour adoucir ses vieux jours.

LE COMITÉ.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Décret du 18 mai 1946 portant règlement d'Administration Publique pour l'application de la loi du 18 mars 1946 sur les Laboratoires d'Analyses Médicales.

Nous portons à la connaissance des membres de l'Association le texte de la lettre que nous adressons à M. le Ministre de la Santé Publique.

Paris, le 22 août 1946.
M. le Dr A. Audy,
Président de l'Association Générale des Dentistes de France
à M. le Ministre de la Santé Publique,

Monsieur le Ministre,

Le décret du 18 mai 1946, portant règlement d'Administration Publique pour l'application de la loi du 18 mars 1946 sur les Laboratoires d'Analyses Médicales, a retenu longuement notre attention.

En effet, son article premier stipule :

« Nul ne peut ouvrir, exploiter ou diriger un laboratoire effectuant les analyses « médicales... s'il ne possède l'un des diplômes d'Etat de Docteur en Médecine, de « Pharmacien ou de Vétérinaire ».

Or, des dispositions semblables ont, pendant quelques années, réglementé la profession dentaire, et nul ne pouvait ouvrir, diriger ou exploiter un cabinet dentaire s'il n'était habilité à l'exercice de la profession dentaire, c'est-à-dire en possession du diplôme de Docteur en Médecine ou de Chirurgien-Dentiste.

Cette exigence ayant été abrogée, plus sans doute par omission que par intention, par les textes légaux actuellement en vigueur, nous nous permettons d'insister auprès de vous sur l'utilité que présente le rétablissement de l'obligation ci-dessus, et ce, par stricte analogie avec ce que vous avez justement prescrit pour les Laboratoires d'Analyses Médicales.

En effet, la dignité et l'indépendance professionnelles du Praticien de la profession dentaire ne peuvent qu'en être accrues. La Santé Publique, objet principal de votre intervention, y trouvera aussi son compte ; l'exploitation des *cabinets commerciaux* (car c'est bien ainsi qu'il faut dénommer les cabinets possédés par des non-diplômés), ne peut être bénéficiaire qu'en appliquant la lamentable méthode de l'extraction systématique des dents, seule génératrice de prothèses dentaires nombreuses, à l'exclusion totale des soins conservateurs, toujours longs, minutieux et délicats.

Nous espérons qu'il vous sera possible de donner une suite favorable à notre demande et vous prions d'accepter, M. le Ministre, l'assurance de notre respectueuse considération. *Le Président* : **Dr A. Audy.**

A la suite de cette lettre nous avons recu la réponse ci-dessous. Comme elle ne nous donne pas, ni à l'ordre des Chirurgiens-Dentistes non plus, les armes suffisantes pour faire respecter — suivant les termes du Ministre — « la moralité de la profession », nous sommes décidés à continuer nos démarches pour que, seuls les diplômés Docteurs en médecine ou Chirurgiens-Dentistes, puissent être propriétaires de cabinets dentaires.

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me signaler le texte de l'article premier du décret du 18 mai 1946, sur les Laboratoires d'analyses médicales et me demander de prendre des dispositions semblables en ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que cette question a été longuement débattue avec les différents Ministères co-signataires de l'Ordonnance du 24 septembre 1945 et qu'elle a abouti à la rédaction des articles 13 et 67 à 69 de la dite ordonnance, l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ayant tout pouvoir pour faire régner la moralité dans la profession.

Veuillez agréer, M. le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministre,
Pour le Directeur du Cabinet,
Le Chef de Cabinet,
Signé : **Illisible.**

M. le **Dr Audy**,
Président de l'Association
Générale des Dentistes de France.

Nous croyons être agréables aux Membres de notre Groupement en publiant le " Tarif National Minimum " édité par la CONFÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRES

TARIF MINIMUM NATIONAL

applicable à la date du 1er mai 1946

(*Décision de l'Assemblée Générale des 27 et 28 avril* 1946)

1° CONSULTATIONS

Examen clinique au fauteuil	120 » »
Visite à domicile sans matériel	150 » »
— — avec matériel	300 » »
Déplacements au km. (tarif convention médicale).	

2° ANESTHÉSIES

Régionale :	
a) Epine de Spix	150 » »
b) Base du crâne	450 » »
Analgésie	300 » »
Générale	500 » »

3° SOINS ET OBTURATIONS

a) **Obturations** :	
Cavité simple	225 » »
Cavité composée	300 » »
Inlay (exécution seule) depuis	1.200 » »
b) **Traitements radiculaires** :	
Par séance (la séance)	90 » »
A forfait (ensemble du traitement de la pulpe et des canaux)	450 » »
Traitement des mono-arthrites par les agents physiques	375 »
c) **Nettoyage-Détartrage**, par séance	150 » »
d) **Traitement des gingivites et des stomatites** par séance	150 » »

4° PARODONTOPATHIES

a) **Traitement chirurgical** :	
Examen, par arcade	450 » »
Cure chirurgicale, par séance	150 » »
Cure chimique, par séance	150 » »
b) **Traitement prothétique** :	
Ligature	750 » »

5° ORTHODONTIE

Consultation, examen clinique, empreinte, diagnostic	800 » »
Traitement forfaitaire pour les honoraires, par mois, depuis	750 » »
Appareillage en plus.	

6° RADIOGRAPHIES

a) **Méthode intra-buccale** :	
Le premier film	225 » »
Les suivants : pendant la même séance ou pour la même recherche (le film)	150 » »
Belot film occlusal	300 » »
b) **Méthode extra-buccale** :	
Maxillaire inférieur défilé (13 × 18)	600 » »
Maxillaire supérieur sinus maxillaire	750 » »
Crâne profil ou face, chaque incidence	750 » »

7° PROTHÈSE

a) **Prothèse mobile** :	
Plaque-base vulcanite	450 » »
Plaque-base matière plastique	1.250 » »

Plaque-base métallique	3.000 » »
Dent prothétique montage vulcanite	375 » »
Dent prothétique montage résine	625 » »
Dent contreplaquée	750 » »
Dent genre steele ou massive soudée	750 » »
Crochets tous types	375 » »
Réparations fractures de la plaque :	
Résine	750 » »
Vulcanite	450 » »
Réparation d'une dent vulcanite	525 » »
Un crochet à fournir et à fixer	450 » »
Remontage (les trois quarts du prix normal).	
Prothèse complète (haut et bas) :	
Vulcanite	11.400 » »
Résine	20.000 » »
b) **Prothèse fixe** :	
Couronne métal non précieux (traitement non compris)	1.500 » »
Couronne jacket	4.500 » »
Dent à pivot (traitement non compris)	1.500 » »
Dent Richmond	3.000 » »
Bridge, par élément	1.500 » »
Inlay à tenon, inlay à pivot	2.250 » »
Carmichaël, coiffe 4/5	3.000 » »
Remplacement d'une steele	525 » »
Rescellement d'une dent à pivot ou d'une facette	225 » »

8° EXTRACTIONS

Extraction dent permanente ou temporaire	190 » »
Extraction d'une dent au cours d'accidents périodontiques aigus	375 » »
Extraction d'une dent de sagesse en position normale :	
a) Supérieure	190 » »
b) Inférieure	450 » »
Au cours d'accidents périodontiques aigus :	
a) Supérieure	600 » »
b) Inférieure	1.125 » »

9° EXTRACTIONS CHIRURGICALES

Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	600 » »
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse ou enclavée :	
Supérieure ou inférieure	3.000 » »
Au cours d'accidents périodontiques aigus	3.750 » »
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse en ectopie (coroné, angle, branche montante)	5.250 » »
Extraction chirurgicale d'une dent ectopique autre que la dent de sagesse	3.000 » »

10° SUITES D'EXTRACTIONS

Curetage alvéolaire, granulectomie	190 » »
Esquillectomie alvéolaire	190 » »
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire	300 » »
Traitement d'une hémorragie post-opératoire grave dans un état hémorragipare	1.500 » »
Résection alvéolaire avec suture gingivale :	
a) Partielle	300 » »
b) Etendue	1.200 » »

11° INTERVENTIONS SUR LES PARTIES MOLLES

Ouverture d'un abcès	130 » »
Destruction d'un capuchon muqueux par agents chimiques, par séance	150 » »
Résection d'un capuchon muqueux	450 » »
Exérèse d'un papillome	750 » »
Ouverture d'un abcès de la langue	1.500 » »
Incision de drainage (ostéo-phlegmon)	3.000 » »

* * *

Ce tarif est susceptible d'être modifié en hausse ou en baisse, eu égard à l'indice du coût de la Vie (Impôts, Prix de base, Augmentation des Salaires ordonnée par les Pouvoirs publics, etc...).

NOTRE SANTÉ VUE PAR LES P. T. T.

Quoique nous n'ayons pas l'habitude de commenter ici les évènements politiques, nous sommes obligés aujourd'hui par suite de la répercussion sur l'exercice de notre profession, de protester contre la récente grève des Services postaux sans vouloir en rien préjuger de la légitimité des revendications présentées.

La consigne de grève, ne comportait d'exception dans le service du téléphone, notamment, que pour les *médecins*, les *sages-femmes* et les *sinistrés*. Comme elle fut observée beaucoup plus strictement qu'une note de service officielle, il s'en suivit pour nos patients des préjudices dont nous n'avons pas encore estimé toutes les conséquences.

Deux faits survenus sous nos yeux serviront d'exemple :

Un confrère voit à sa consultation, le matin du 30 juillet, un client d'un village voisin qu'il opère immédiatement d'une périodontite phlegmoneuse et auquel il prescrit le traitement à effectuer aussitôt rentré chez lui.

Au début de l'après-midi, le dentiste veut se rendre compte du résultat de son intervention et si le traitement prescrit a pu être exécuté. Impossible d'obtenir la communication téléphonique ; consigne : « seuls les médecins, etc..., ont droit au téléphone ». Résultat, le dentiste a écourté sa consultation pour enfourcher sa bicyclette et s'assurer de visu, 12 kilomètres, de l'état de son opéré ; total 24 kilomètres de route dûs à la mauvaise humeur des P. T. T..

Deuxième fait personnel. — Une cliente d'une localité éloignée de 19 kilomètres devait m'aviser si un pansement devait être renouvelé le lendemain ; elle me demande donc au téléphone le mardi 30 juillet dans l'après-midi ; réponse : « les médecins, etc... (voir plus haut) ; mais, insiste ma cliente, le monsieur est *docteur* ; alors elle entend la transmission de passage dans les divers bureaux et en dernier lieu une réponse de téléphoniste : « C'est un dentiste ». Ma cliente insistant, nouvelle réponse : « C'est un dentiste, impossible de vous le donner ».

Je laisse aux confrères qui me liront le soin de tirer de ces faits les conclusions qu'ils voudront, mais je crois devoir faire remarquer que par la bonne grâce de ces messieurs les dirigeants du Syndicat des P. T. T., un malade immobilisé chez lui par la douleur que lui cause un ongle incarné, a le droit de prévenir son médecin par téléphone tandis qu'un malheureux qui fait brusquement un accident de dent de sagesse susceptible d'évoluer en angine de Ludwig et mettre sa vie en danger, n'a pas le droit d'alerter son dentiste. Nous espérons que pour la prochaine.... MM. les organisateurs de grève voudront bien incorporer les dentistes au nombre des bénéficiaires de la faveur d'une dérogation.

Il faudrait tout de même faire comprendre à MM. les fonctionnaires que si la grève a sa raison d'être pour agir sur un patron qu'elle atteint dans son économie personnelle, elle est une *brimade* sans raison d'être pour le public usager des monopoles nationaux, car il n'est pas responsable de l'organisation des services qu'il utilise, et je suis sûr que les responsables et MM. les Directeurs du Ministère des P. T. T. n'ont subi aucune perte d'appointements comme conséquence de la dernière grève des P. T. T.

En tout cas, malgré les explications données par affiches pour justifier leur conduite invoquant les traitements insuffisants, MM. les employés des P. T. T. trouvent encore les sommes suffisantes pour payer le papier et les imprimeurs aux tarifs actuels.

Dr A. AUDY.

NOUVELLES

Communiqué :

MINISTÈRE DES ARMÉES. DIRECTION DES TROUPES COLONIALES (Liaison Arrière Santé C. E. F. E. O.). — Le Corps Expéditionnaire Français d'Extrême-Orient manque de personnel médical, et le service de Santé des Troupes Coloniales ne peut, malgré les gros efforts déjà déployés et devant les lourdes charges qui lui incombent dans l'ensemble des Territoires d'Outre-Mer, assurer à lui seul, la relève du personnel actuellement en service en *Indochine.*

Le Service de Santé des Troupes Coloniales lance un appel pressant aux Médecins, Chirurgiens et spécialistes (bactériologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, neuro-psychiâtrie), aux Pharmaciens, aux Chirurgiens-Dentistes, désireux de contracter un engagement, au titre du Service de Santé de l'*Indochine*, dans le Corps de Liaison Administrative pour l'Extrême-Orient.

Cet appel s'adresse aux réservistes et aux personnes dégagées d'obligations militaires, remplissant, en outre, les conditions suivantes :

1° Etre titulaire du Doctorat en Médecine ou du diplôme de Pharmacien ou du diplôme de Chirurgien-Dentiste ;

2° Avoir moins de 55 ans à la date de leur engagement ;

3° Etre physiquement apte au Service Colonial.

Les engagés bénéficieront d'avantages matériels substantiels :

Grade d'assimilation uniquement fonction de l'emploi auquel est affecté l'intéressé et de ses titres universitaires ou scientifiques. Pour les militaires de réserve, ce grade ne peut être inférieur à celui dont ils sont déjà titulaires. En outre, il a été décidé que le grade d'assimilation qui sera attribué aux engagés au titre du service de Santé des Troupes Françaises en Extrême-Orient ne sera pas inférieur à celui de Capitaine.

Indemnité de départ Colonial, égale à deux mois de solde.

Solde mensuelle s'élevant, non compris les allocations familiales et les suppléments à :

Capitaine............................	de 29.690 à 38.998 fr.
Commandant	de 40.834 à 44.976 fr.
Lieutenant-Colonel	de 48.264 à 52.411 fr.
Colonel.............................	de 58.216 à 62.900 fr.

(Au taux de la piastre à 17 fr.)

Congé de fin de Campagne.

***

Les candidatures, qui intéressent aussi bien le personnel masculin que le personnel féminin, seront adressées au : *Ministère des Armées*, Direction des Troupes Coloniales, Bureau du Personnel (3e Section Santé). Téléphone : INValides 68-70. Poste 3553.

XXes JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS. — Le Comité d'Organisation a l'honneur de porter à la connaissance de nos confrères la date des *XXes Journées Dentaires de Paris* (anciennes Journées Franco-Belges).

Cette importante manifestation professionnelle se déroulera du 21 au 24 novembre 1946, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence effective de M. le Prof. Sénèque, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Ces Journées revêtiront cette année un éclat tout particulier car l'intéressante collaboration de personnalités du monde médical et dentaire est déjà assurée. Toutes les organisations professionnelles françaises et étrangères seront représentées.

Pour les communications et la correspondance, s'adresser à M. René Sudaka, Secrétaire général, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e), téléph. : Ségur 40-99. Pour les adhésions, à M. Blaisot, Trésorier, 5, place Voltaire, Paris (11e), téléph. : Roquette 84-01. Le prix de la carte obligatoire de congressiste est fixé à 100 francs.

L'ODONTO-STOMATOLOGIE EN U. R. S. S.

Les premières informations reçues d'U. R. S. S. par la Commission d'Odonto-Stomatologie du Centre Culturel France-U. R. S. S. confirment les notions déjà publiées sur l'aspect général de notre spécialité et sur la pratique professionnelle en Russie (voir LEBOURG, *Revue de Stomatologie*, 1936 ; BLANC, *L'Odontologie*, 1937).

Les soins dentaires sont largement distribués à tous, gratuitement, par les divers dispensaires de quartier, de commune ou d'entreprise. Tous les praticiens travaillent une partie de leur temps dans ces organismes officiels. Ils peuvent par ailleurs faire de la clientèle privée. Tous ont le plus chaud désir de reprendre contact avec leurs confrères français et de recevoir leurs publications.

Le Prof. IEVDOKIMOV, docteur en médecine, directeur de l'Institut de Stomatologie de Moscou nous adresse les précisions suivantes sur cet Institut ;

Celui-ci dépend du Ministère de la Santé Publique de la République Socialiste Fédérative Soviétique Russe.

C'est une école supérieure qui forme des médecins-stomatologistes.

A côté des chaires de médecine, chirurgie et orthopédie stomatologiques, on y trouve, comme dans toutes les écoles supérieures de médecine, un enseignement théorique et clinique complet.

Les étudiants sont répartis dans un hôpital Odonto-stomatologique, dans les policliniques dépendant de l'Institut et dans les autres formations sanitaires de la ville où ils font un stage pratique.

La division du travail en 26 chaires de disciplines différentes a grandement favorisé la recherche scientifique, en liaison parfois avec d'autres chaires de médecine générale ou de science.

Cette année, l'Institut a pour programme de recherches l'étude de :

1° La carie dentaire ;

2° La pathologie du périodonte ;

3° La chirurgie plastique et l'orthopédie maxillo-faciales ;

4° La morphologie de la région maxillo-faciale ;

5° Les tumeurs des maxillaires ;

6° La maladie ulcéreuse du tractus stomato-digestif ;

7° Questions diverses de chimie et de pharmaco-dynamie.

Pour bien caractériser le travail d'équipe de l'Institut, le Prof. IEVDOKIMOV nous indique que l'étude de la carie dentaire est poursuivie conjointement par trois chaires de stomatologie et sept chaires de médecine générale (histologie, chimie générale, physique, biochimie, anatomie-pathologique, physiologie normale et neurologie).

Quelques problèmes, notamment celui de la pyorrhée et des alvéolyses, sont inclus dans le plan quinquennal de recherches de l'Institut.

La qualité des stomatologistes soviétiques est attestée par les bons résultats qu'ils ont obtenus pendant la guerre : plus de 80 % des soldats atteints de blessures maxillo-faciales ont pu retourner au front ou participer à la production nationale.

(Communiqué par la Section Odonto-Stomatologique du Centre Culturel de France-U. R. S. S.).

Mariages. — Le mariage de M. Jacques Perreimond, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Monique Pinet, a eu lieu le 22 juin 1946. à Champagne-sur-Oise (S.-et-O.).

Le mariage de M. René Péret, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Hélène Roncorossi, a eu lieu le 1er juillet 1946, à Saint-Leu-la-Forêt (S.-et-O.).

Le mariage de M. Henri Tardif, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Micheline Nicaud, a eu lieu le 3 juillet 1946, à Les Aydes (Loiret).

Le mariage de M. André Boucaut, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Paule Plet, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu le 10 juillet 1946, à Saint-Romain de Sèvres (S.-et-O.).

Le mariage de M. André Chanon, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jeanne Fialaire, a eu lieu le 11 juillet 1946, à Saint-Cyr-l'Ecole (S.-et-O.).

Le mariage de M. Pierre Chantôme, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Juliette Le Meur, a eu lieu le 11 juillet 1946, à Paris.

Le mariage de M. Jean Brière, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Ginette Grammont, a eu lieu le 11 juillet 1946, à Orléans.

Le mariage de M. Pierre Massot, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Yvette d'Hermies, à eu lieu le 19 juillet, à Paris.

Le mariage de M. Gérard Berthelot avec Mlle Jeannine Sence, tous deux chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris, a été célébré le 15 juillet 1946, à Paris.

Le mariage de M. Pierre Lusinchi, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Francine Drussant, a eu lieu le 25 juillet 1946, à Bessancourt (S.-et-O.).

Le mariage de M. Valton avec Mlle Mina Schwab, tous deux élèves à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu le 27 juillet 1946, à Boulogne-sur-Seine.

Le mariage de M. Serge Gateiller, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jeannine Frisinghelli, a été célébré le 30 juillet 1946, à Saint-Mandé (Seine).

Le mariage de Mlle Jeanne-Marie Aubinaud, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Jean Puiggali, a eu lieu le 30 juillet 1946, à Paris.

Le mariage de M. Lucien Goulet, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Christiane Lequeutre, a été célébré le 14 août 1946, à Condette (Pas-de-Calais).

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — Mme et M. Le Chanjour, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont annoncé la naissance de leurs filles Yane-Elisabeth et Françoise-Nicolle, le 25 juin 1946.

Jean-Pierre Mivielle nous a annoncé la naissance de sa petite sœur Catherine, fille de Mme Mivielle-Govin, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, le 15 juin 1946.

M. Jean-Paul Rabant, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur troisième fils, François, le 5 juillet 1946, à Provins.

Françoise, Annick et Odile Ninin nous ont annoncé la naissance de leur petit frère Yves, fils de M. Ninin, chirurgien-dentiste, à Argentan, membre de notre Groupement, le 28 juillet 1946.

M. et Mme André Firmin, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part de la naissance de leur petit-fils, Dominique, le 22 août 1946.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de nos confrères les Docteurs Desforges, Lemière et Burkhart, président d'honneur de la F. D. I., au sujet desquels nous publierons une notice nécrologique dans notre prochain numéro, mais aux familles desquels nous adressons dès maintenant nos bien sincères condoléances.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE (Année scolaire 1946-1947). — **Conférences d'actualité Stomato-Odontologique :**

Dimanche 8 décembre 1946, à 9 h. 30. — Faculté de Médecine, amphithéâtre : *Répercussions des interventions chirurgicales sur l'état général*, par le Dr Georges CARLIER.

Dimanche 9 mars 1947, à 9 h. 30. — Faculté de Médecine, amphithéâtre n° 6 : *L'ozone en stomato-odontologie*, par le Dr Jean SOLEIL.

Tous les confrères, médecins, chirurgiens-dentistes et les étudiants sont invités à y assister.

ASSURANCES AUTOMOBILES

AVIS

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions TRÈS INTÉRESSANTES pour les Membres du Groupement de l'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS et de l'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE qui ont à souscrire une police automobile.

Ceux d'entre eux qui désirent profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE QUELQUES QUESTIONS COMMUNES A L'ODONTO-STOMATOLOGIE ET A L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. le Professeur HALPHEN et M. le Docteur BOURGUET

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 avril 1946)

616.314 : 616.2

Pour satisfaire un désir exprimé par votre Président, nous avons cru bien faire en venant vous exposer, M. Bourguet et moi, les accidents et les affections d'origine dento-buccale que nous rencontrons les plus souvent et les éléments pathologiques que les O. R. L. possèdent de la clinique de cette région. Nous espérons pouvoir ainsi insister sur l'interpénétration de nos deux spécialités et montrer combien nous pouvons apprendre les uns des autres.

Mais, d'autre part, réunir dans une communication tous les accidents que nous avons à soigner comme O. R. L. serait fastidieux. Sur bien des sujets communs, votre expérience est plus grande que la nôtre. Nous n'en voulons comme exemple que la série de conférences traitées magistralement l'année dernière sur les stomatites.

Ainsi, laissez-nous déplorer le manque de collaboration plus intime entre l'oto-rhinologie et la stomatologie. Pourquoi ne nous occupons-nous pas plus souvent du traitement orthodontique après les opérations de division vélo-palatine au même titre que le traitement phoniatrique.

Pourquoi ne pas nous faire assister régulièrement d'un prothésiste après (comme avant) toute intervention pour tumeurs du maxillaire. Cela est classique, mais plus souvent dans les livres que dans la pratique.

Aujourd'hui, nous voudrions nous limiter à trois cadres cliniques :

1° les syndromes douloureux bucco-faciaux ;

2° les localisations atypiques d'abcès d'origine dentaire ;

3° les tumeurs malignes du maxillaire à point de départ dentaire, et nous nous contenterons de vous en donner quelques observations typiques.

I. — Par syndromes douloureux, nous avons surtout en vue les grandes crises douloureuses, types névralgies du trijumeau à l'exclusion de tout syndrome local, pulpite ou arthrite. Il y a un an, l'un de nous eut l'occasion de voir un malade suivi dans un service de neurologie pour une névralgie de trijumeau droit. Rien dans les antécédents ne retenait spécialement l'attention. On apprenait seulement que la plupart des crises avaient été déclenchées par la mastication. Notre examen ne montrait rien d'anormal

en ce qui nous concernait, mais un examen soigneux de la denture nous permit de découvrir au milieu de multiples caries correctement soignées une obturation sur la face triturante d'une grosse molaire légèrement mobile sous la sonde exploratrice. Une radio nous montra que l'amalgame de cette dent, vivante, était très proche de la chambre pulpaire.

Sur notre conseil, l'amalgame fut enlevé, remplacé par un inlay, et immédiatement les crises algiques trigemellaires disparurent.

Un second malade, assez semblable, nous fut envoyé de la région de la Loire pour une névralgie du V, toutes les thérapeutiques médicales avaient échoué et on nous demandait de faire alcooliser ou enlever le ganglion de Gasser. Aucun examen de la denture n'avait été fait et, cependant, il existait sur la face distale d'une prémolaire une magnifique carie avec pulpite typique. Dès la trépanation de cette dent, toutes les crises disparurent.

L'alcoolisation du ganglion de Gasser était inutile et cela nous permet d'ouvrir une parenthèse sur cette alcoolisation extrêmement discutée. Clovis Vincent, Lemoine en ont pratiqué toute une série et ils recommandent la surveillance journalière ultérieure de la cornée, et la blépho-rorraphie au moindre doute. Et cette alcoolisation, outre les ulcérations de la cornée, peut amener, par diffusion, dans les espaces péricérébraux, des paralysies du facial et de l'auditif, paralysies qui ne sont pas toujours transitoires.

La plupart des neuro-chirurgiens préfèrent à l'alcoolisation dont les résultats sont transitoires (6 à 18 mois) et même compromettants pour un acte chirurgical ultérieur la neurotomie rétro-gassérienne, à moins de force majeure (extrême vieillesse ou mauvais état général).

Par contre, une troisième malade présentait des crises typiques d'algie trigémellaire déclenchées par la mastication avec irradiations le long du bord droit de la langue. La dentition était mauvaise ; prémolaires et molaires d'un côté, plus ou moins cariées, furent sacrifiées sans résultat. Les crises devenaient de plus en plus fréquentes et la malade insistait sur la localisation linguale.

La localisation au rameau lingual du maxillaire inférieur était vraisemblable. Nous pratiquâmes une section chirurgicale du lingual contre la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur, en arrière de l'épine de Spix.

La malade, d'ailleurs, aurait refusé la neurotomie rétro-gassérienne. Elle aurait eu raison, car avec la section du lingual toutes ses crises disparurent.

Mais ici encore une réserve s'impose. La section ou l'arrachement d'une branche en V ne met pas plus à l'abri d'une récidive qu'une injection d'alcool.

La névralgie, d'abord localisée à un rameau irradie toujours aux autres branches par la suite et le seul traitement vraiment rationnel est la neurotomie rétro-gassérienne. C'est tout le trijumeau qui est malade et parfois même, après une neurotomie, ne voyons-nous pas une névralgie du glosso-pharyngien, du laryngé supérieur survenir ? Et ceci explique que, souvent, la névralgie du lingual peut être prise pour une névralgie du IX, ou réciproquement, douleur à la mastication dans un cas, douleur à la déglutition dans l'autre. Le problème est loin d'être simple.

Le nerf dentaire antérieur peut être atteint isolément comme le nerf lingual. Une édentée de 49 ans souffrait atrocement de sa fosse canine. Elle portait un appareil de prothèse du haut complet, on le lui fit enlever pendant plusieurs semaines. Les douleurs persistaient, la muqueuse était saine, le sinus maxillaire normal, la pression de l'os sans exacerbation de la douleur. Mais le frôlement du bord alvéolaire de la région canine ainsi que la pression au niveau du trou sous-orbitaire et le long de l'orifice piriforme, là ou le nerf dentaire présente un renflement très net dans son canal

osseux réveillaient une douleur exquise que l'intervention chirurgicale sur le nerf fit immédiatement disparaître.

Une autre malade présentait une douleur violente en arrière de la tubérosité du maxillaire, douleur qui fit dévitaliser toutes les molaires du haut, sans résultat et qui disparut avec l'alcoolisation des nerfs dentaires postérieurs dans leur zone de pénétration dans le maxillaire.

La conclusion à tirer de ces quelques exemples est qu'il existe des névralgies du trijumeau, névralgies essentielles qui n'ont rien à gagner dans une intervention sur des dents même cariées et que, d'autre fois, des névralgies à symptomatologie semblable doivent être traitées odontologiquement et guérissent miraculeusement. Nous devons nous appuyer les uns sur les autres pour élucider ce problème, le dentiste a souvent son mot à dire et doit être toujours consulté pour une névralgie du trijumeau, sans obéir cependant aux injonctions des pauvres patients qui leur commanderaient, je ne dis pas demanderaient, de « tout arracher pour ne plus souffrir. »

II. — Dans un tout autre ordre d'idées le facteur dentaire risque d'être méconnu ou minimisé. Nous voulons parler des abcès cervicaux et faciaux dont seul le traitement étiologique peut amener la guérison.

Nous allons vous citer comme exemples typiques deux cas d'abcès temporo-zygomatiques.

Il y a dix-huit mois, l'un de nous eut à examiner un malade qui présentait, depuis plusieurs semaines, une tuméfaction sus-zygomatique gauche, augmentant progressivement et dont la cause ne pouvait être trouvée.

Rien d'anormal dans un examen médical complet. Soupçonnant une gomme, on fit une prise de sang. La sérologie était normale.

Mais en examinant la bouche, on découvrit autour d'une alvéolyse considérable des dernières molaires du haut, des clapiers pleins de pus. Les semaines précédentes le malade accusait des poussées aiguës étiquetées par lui abcès dentaire qui cédèrent spontanément. La tuméfaction temporo-zygomatique était apparue après la dernière de ces poussées. La relation à effet semblait nette. L'extraction des dents fit disparaître l'abcès de la tempe.

Ces abcès temporo-zygomatiques, d'origine dentaire, sont, d'ailleurs, assez fréquents, et dûs surtout même à des fusées venues de la dent de sagesse inférieure, au cours de son éruption ou après son extraction. Ils entraînent un violent trismus qui cède d'ailleurs à la phénolisation de la région sphéno-palatine, trismus qui fut pris une fois par un neurologiste averti pour du tétanos et traité comme tel.

III. — Enfin, nous voudrions vous dire quelques mots des tumeurs des maxillaires que vous êtes souvent les premiers à voir, à diagnostiquer, et qui, grâce à un diagnostic précoce, peuvent guérir avec le minimum de tracas.

Il s'agit d'une femme de 36 ans qui, pour des vagues douleurs dentaires, se fait arracher, en septembre dernier, deux racines des grosses molaires du haut et la dent de sagesse avoisinante. Les douleurs ne cédant pas, une radiographie intrabuccale est faite qui montre l'extérieur d'un petit kyste apical d'une prémolaire, et le confrère dentiste, sans aller plus loin, enlève cette prémolaire. Aucune amélioration. La malade est confiée à un O. R. L. qui, après transillumination du sinus, décide de pratiquer l'ouverture et le curettage du sinus maxillaire. Les parois alvéolaires déshabitées, paraissant tuméfiées, sont curettées également. Un traitement sulfamidé est institué. L'affection paraissant tenace, douleurs, gonflement de la plaie gingivale et même bourgeonnement des alvéoles déshabitées qui auraient dû faire soupçonner le pire au praticien rhinologiste ; une retouche de la cavité opératoire est décidée et, devant le bourgeonnement intense de l'antre de

Higmore, après deux mois d'intervalle seulement, une biopsie est enfin pratiquée et montre l'existence d'un épithélioma spino-cellulaire typique, tant dans les alvéoles que dans le sinus. C'est alors que la malade nous est enfin adressée. Vu l'âge de la malade (36 ans), il fallait agir vite. La tumeur intrasinusale avait, d'ailleurs, déjà déformé la région, l'os était soulevé, la peau de la région malade plus ou moins adhérente aux plans profonds. Sous anesthésie générale, nous avons pu réséquer la presque totalité du maxillaire supérieur, à la curette, malheureusement, nettoyer les plans superficiels ou le clivage entre le derme et le néoplasme, était à peine possible. L'œil était à nu, en haut, l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire séparé de la plaie par une mince lamelle osseuse dépendant de l'auvent ptérygoïdien. Cinq tubes de radium de deux millicuries détruits furent laissés en place trois jours. Les suites furent excellentes, le sphacèle dû au radium s'élimine encore après deux mois, mais ici, comme toujours, la récidive *in situ* est malheureusement dans les très grandes possibilités.

C'est dans ces néoformations de l'infra- et de la meso-structure que la prothèse immédiate post-opératoire pourrait aussi être envisagée. Mais elle peut aller de pair avec la radiumthérapie indispensable, à notre avis, malgré un traitement chirurgical très poussé.

Le prothésiste interviendra plus tard pour refaire voile du palais et arcade dentaire et remettre en place, esthétiquement, les tissus jugaux.

La prothèse pré-opératoirement préparée, peut être envisagée dans les tumeurs du maxillaire inférieur, du plancher buccal de la région du frein de la langue pour maintenir d'une part l'arc maxillaire, que l'intervention peut fracturer ou rendre très fragile, et pour servir de porte-aiguille. Avec notre ami Poiret, de Compiègne, nous avons pu traiter ainsi une vaste ulcération du plancher et je vous montre l'appareil de prothèse porte-radium que nous avons pu laisser heureusement en place plusieurs jours.

C'est à ce niveau surtout que nous devons pratiquer des biopsies précoces, même si l'ulcération superficielle, non infiltrante, sans ganglions, paraît due au traumatisme d'un appareil du bas. Le dépistage d'un épithélioma des muqueuses au début est capital, le pronostic en est naturellement très amélioré, grâce à la possibilité d'une radiumthérapie de contact que, seuls, les stomatologistes peuvent nous donner.

Cette communication, que nous vous remercions d'avoir écoutée si complaisamment, nous paraît, à la réflexion, banale, sans nouveauté, donc, sans intérêt. Mais nous avons voulu vous prouver, une fois de plus, que le problème n'était pas de savoir ce qui revenait à une discipline plus qu'à une autre, mais d'affirmer que, comme de l'union naît la force des peuples, de notre collaboration constante peut venir le meilleur but de notre profession, la guérison des malades qui se confient à nous.

APERÇU SUR LES AÉRODONTALGIES

Par R. A. GRIFFIÉ, du Service de Santé de l'Armée de l'Air.

(Exposé fait le 3 juillet 1945, à la Société d'Odontologie de Paris.)

Parmi les perturbations apportées par le vol dans l'organisme humain, nombreuses et variées sont celles qui peuvent intéresser l'Odonto-stomatologiste. Mais il s'agit là de notions d'acquisition très récente.

Avant ces dernières années, quelques observations isolées paraissaient de temps à autre dans la littérature médicale. Elles semblaient d'explication facile et étaient citées plus pour leur curiosité que pour l'importance du fait qu'elles évoquent. Tout dernièrement, la nécessité de former de façon intensive et accélérée le personnel navigant, a fait prendre celles-ci en étroite considération.

On sait que le problème des voyages à haute altitude est complexe. Il faut ajouter aux modifications climatiques habituelles, les perturbations d'ordre mécanique apportées par le véhicule aérien.

Dans ces conditions, les réactions pathologiques de la denture seront de plusieurs ordres :

— Les unes lentes et insidieuses, se manifesteront tardivement. Seul, l'histologiste avec ses techniques particulières pourra déceler telle lésion de l'émail, telle modification de la structure dentinaire. Le bactériologiste remarquera lui aussi les variations de la flore buccale qui précéderont les phénomènes cliniques.

— Le profane sera immédiatement intéressé par les autres qui, brutalement, signaleront leur présence, par des accidents séméiologiques nets :

a) maux de dents proprements dits, qui peuvent se grouper sous le vocable d'aérodontalgies ;

b) douleurs, qui ne sont pas localisées obligatoirement au système dentaire mais qui, étiologiquement en dépendent plus ou moins ;

c) manifestations douloureuses qui, sans être en liaison directe avec le vol, s'y rattachent cependant étroitement, parce qu'elles sont causées par un accessoire de l'équipement.

Ce sont ces accidents à expression clinique, que nous aurons en vue dans le présent travail.

La question des *aérodontalgies* soulève bien des controverses entre les auteurs suivant leurs observations, leurs expérimentations et leurs idées scientifiques.

Nous nous bornerons à citer, à titre d'exemple, parmi les plus récents, d'une part : RESTARSKI (de l'Aéro-Navale Américaine), d'autre part : KENNON, OSBORN et MICHEL. Enfin, le nom de DREYFUS est à souligner, car ici même à la Société d'Odontologie, il rapportait, en 1937, une observation intéressante. Mais si les avis de ces auteurs divergent quelquefois, dans le détail des interprétations, la majeure partie des faits exposés concordent et permettent de dégager des conclusions précises et indiscutables.

D'après PIGOTT, la fréquence des aérodontalgies oscille entre un peu plus de 1 et un peu moins de 6 pour cent, suivant l'hygiène buccale de la catégorie d'individus à laquelle il s'adresse. Les collectivités où une réglementation sérieuse impose des visites fréquentes périodiques et un entretien méticuleux de la denture ont un meilleur coefficient. Il faut cependant

bien penser que l'avion devenant un moyen de locomotion qui sera de plus en plus mis à la portée de tous, les pourcentages signalés actuellement augmenteront rapidement.

Lorsqu'on essaie de classer les aérodontalgies, il faut considérer *et* le phénomène perturbateur, le vol lui-même, *et* l'organe lésé, la ou les dents en cause.

La première conséquence d'une randonnée aérienne est la diminution de la pression barométrique, c'est elle qui fut considérée longtemps comme la cause principale de tout le mal.

Pour l'isoler des facteurs connexes, on a recours aux caissons à dépression. Ce sont des enceintes métalliques de tailles différentes suivant le matériel expérimental auquel elles s'adressent. Des cuves résistantes recouvertes d'un verre épais suffisent pour les petits animaux. Avec l'homme, il faudra déjà une capacité de plusieurs mètres cubes et des conditions de sécurité indiscutables. Enfin, pour les examens en série et à grand rendement, il existe de vastes chambres pneumatiques pouvant contenir plus d'une vingtaine de personnes.

Ces enceintes peuvent être soit isothermes, soit réfrigérées pour associer aux variations de pression, les modifications de température que l'on rencontre aux hautes altitudes. Elles possèdent, en outre, un système d'oxygénation qui permettra, lorsqu'il est nécessaire de maintenir au niveau des alvéoles pulmonaires, une pression partielle d'oxygène suffisante pour éviter les accidents graves de l'anoxémie.

Le début des douleurs dentaires lorsqu'on fait varier uniquement la pression est excessivement variable suivant l'état des dents. Il n'apparaît pas en général à moins de 1.500 mètres. Il peut exister aux altitudes très élevées ; mais c'est entre 1.500 et 8.000 mètres qu'il semble le plus fréquent.

Le sens de la variation de pression est à considérer. En effet, Weiner rencontre beaucoup plus d'odontalgies pendant la montée, c'est-à-dire pendant la raréfaction de l'air ambiant, qu'au moment de la descente (recompression). Pourtant nous avons noté personnellement des apparitions assez fréquentes au cours des descentes et nous nous sommes étonnés de cette différence.

Les statistiques cliniques des Anglo-Saxons semblent différer parce que l'hygiène buccale moyenne est chez eux supérieure à la nôtre. Nous nous sommes demandés s'il ne fallait pas imputer à des moyens thérapeutiques différents, cette discordance apparente. Toutes les dents en cause avaient en effet un passé pathologique ayant nécessité presque toujours l'intervention de l'homme de l'art.

La sensation douloureuse peut cependant quelquefois apparaître à des pressions constantes et le retour à un état antérieur est souvent nécessaire pour la voir diminuer.

Elle cesse habituellement à la même altitude à laquelle elle avait commencé :

Concomitante à la dépression barométrique, l'anoxémie a-t-elle une action sur l'étiologie de l'aérodontalgie ? La diminution de l'oxygène inhalé, entraîne évidemment des réactions immédiates aussi bien que tardives de tout l'organisme mais si l'anoxémie peut être la cause de modifications pathologiques de la denture, celles-ci sont probablement trop lentes pour déclencher tout de suite un symptôme aussi aigu qu'une douleur vive.

Dans la pratique où il est nécessaire d'éviter l'action dangereuse du manque d'oxygène, les aviateurs font appel à une inhalation compensatrice.

Or, si l'oxygène peut avoir une action sur les substances placées dans

la bouche, son inhalation ne paraît pas être pénible à la température ordinaire et ne semble donc pas capable à elle seule d'entraîner l'apparition d'odontalgies.

Nous abordons maintenant le problème si discuté de l'abaissement de température de ce gaz inhalé.

Il est certain que les réserves d'oxygène au cours d'un raid prennent la température extérieure qui peut osciller en moyenne autour de — 40° centigrade pour les hautes altitudes.

Lorsqu'au début, l'inhalation se faisait à l'aide d'un tube intrabuccal, le jet de gaz refroidi pouvait être extrêmement pénible. De plus cet oxygène était deshydraté et il s'en suivait un état de sécheresse de la bouche privant la denture d'un de ses moyens de défense.

Actuellement avec les masques inhalateurs modernes la respiration nasale est habituelle. L'oxygène normalement réchauffé produit les mêmes effets que dans le caisson isotherme.

Armstrong et Hubert, en 1937, qui ne se plaçaient pourtant pas dans les conditions actuelles de l'inhalation, indiquaient déjà une absence de répercussion sur le système dentaire.

Cependant, Freitag renouvelait encore, en 1942, l'expérimentation avec des pipes et signalait une augmentation de la sensibilité vis-à-vis des variations de température.

Il est certain, d'après Harwey, que l'absorption d'une boisson glacée abaisse plus la température intrabuccale que la respiration orale d'un air refroidi ; il faut cependant considérer la durée des deux phénomènes l'un par rapport à l'autre.

Il reste possible qu'une douleur violente puisse être déclenchée par le froid, sur une dent en mauvais état au cours d'un vol.

Il n'est pas signalé de relation entre les variations de vitesse et l'aérodontalgie. L'ischémie passagère produite au cours d'une accélération tête-siège pourra combattre efficacement une douleur engendrée par un autre facteur ; cette action est comparable à la vaso-constriction émotive et reste de courte durée.

Quant à l'action des vibrations mécaniques, si l'on veut bien considérer leurs productions continues par des moteurs puissants à proximité d'un sujet présentant des lésions dentaires chroniques, on comprendra aisément la possibilité de ces douleurs sourdes, continues, qui ne s'arrêtent qu'à l'atterrissage ou qu'après l'absorption d'un analgésique.

Après avoir considéré les phénomènes perturbateurs en eux-mêmes, il est nécessaire d'examiner succintement l'organe sur lequel ils s'exercent :

Une dent est saine apparemment, elle possède une toute petite obturation superficielle parfaite, mais elle a été traitée correctement. Or, on ne peut affirmer l'intégrité dentaire qu'en poussant l'examen clinique jusqu'à la radiographie systématique.

Une dent en bon état ne réagit en général pas violemment au cours d'un vol.

Par contre, celles atteintes de lésions chroniques d'un type subaigu, celles qui ont élaboré un processus de défense, peuvent présenter des réactions pénibles capables d'être classées parmi les types de douleurs exquises.

Il faut se méfier des grosses obturations à l'amalgame où le fond de ciment est insuffisant ou bien de la promixité d'une corne pulpaire.

Il semble y avoir une relation entre l'ancienneté d'un traitement dentaire et l'apparition de douleurs avec l'altitude. Si une dent est susceptible de réagir, plus l'obturation qu'elle supporte est récente, plus la réac-

tion apparaîtra rapidement au cours de la dépression, autrement dit, le seuil est plus élevé avec les obturations âgées.

Il est généralement admis que la présence d'une bulle gazeuse dans la chambre pulpaire sous l'action de la dépression barométrique peut être la cause de ces douleurs. Cependant il existe en pathologie dentaire un signe classique qui est la douleur au chaud calmée par le froid. Or, les dents qui les présentent ne semblent pas toutes réagir avec l'altitude et d'un autre côté les dents qui réagissent en altitude ne sont pas toutes sensibles au chaud.

Les dents présentent des lésions périapicales chroniques manifestent un type de douleur différent qui paraît s'atténuer avec la prolongation du séjour aux hautes altitudes.

Sur une même dent, le type de douleur peut se modifier après une période plus ou moins longue. OTT soutient qu'une dégénération pulpaire capable de donner des réactions après chaque vol, conduit à la constitution d'un granulome.

Il ne faut pas oublier parmi les aérodontalgies vraies, celles dont le point de départ n'est pas buccal mais provient d'une barosinusite maxillaire. La douleur englobe toute une région qui correspond aux rapports anatomiques, mais l'impression ressentie est nettement au niveau de la denture.

Les douleurs d'origine dentaire qui se manifestent en dehors de l'organe proprement dit dépassent le cadre des aérodontalgies ainsi que les manifestations douloureuses créées par le vol dans la bouche elle-même en dehors des dents.

Les progrès et l'importance croissante de l'aviation mettent en demeure le praticien de se familiariser avec l'aérodontie. La solution des problèmes posés par cette branche nouvelle lui sera facile grâce à l'emploi de moyens modernes et l'observation logique des règles de thérapeutique dentaire. Il est, en outre, de son devoir de préserver le personnel navigant des accidents pathologiques d'ordre dentaire, imputables directement ou non au vol et qui sont toujours susceptibles de constituer des éléments de distraction forcée au cours de l'accomplissement de sa mission.

A PROPOS D'UN KYSTE CORONO-DENTAIRE OPÉRÉ AVEC CONSERVATION DE LA DENT CAUSALE

Par le Dr Jean AYE

Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication faite, avec présentation de malade, à la Société d'Odontologie de Paris, le 7 mai* 1946)

616.716.4 0062

La communication que je vous présente ce soir me paraît être intéressante, car elle contribue à renforcer la notion qui domine actuellement l'étude des kystes corono-dentaires, à savoir : l'importance de la conservation de la dent permanente sous-jacente.

Il est évident qu'un kyste corono-dentaire se présentant au niveau d'une dent incluse, chez un adulte qui a terminé son ossification et son évolution dentaire aura peu de conséquences fâcheuses, mais il n'en est pas de même chez un enfant et une lésion qui provoquerait l'ablation d'une ou plusieurs dents permanentes et une grosse perte de substance aurait des conséquences désastreuses, que vous connaissez aussi bien que moi et que je ne ferai donc que vous énumérer :

— Arrêt de développement de l'hèmi-maxillaire intéressé ;

— Déviation de la face ;

— Rupture complète de l'articulé.

C'est pourquoi les différents auteurs qui se sont particulièrement intéressés à l'étude des kystes corono-dentaires insistent sur l'importance de la conservation de la dent permanente sous-jacente.

Un confrère américain, Russel, a même préconisé, dans une communication qui a paru dans le *Journal de l'Association des Dentistes Américains*, en septembre 1936, de ne pas instituer de thérapeutique chirurgicale active susceptible d'entraîner un gros délabrement osseux avec ablation de la dent incluse et perte des dents voisines, mais il estime au contraire que le kyste ne se développe qu'autant que le liquide sécrété ne se trouve sous tension et exerce de ce fait une certaine pression sur l'os périphérique qui se résorbe.

Aussi ne pratique-t-il qu'une simple ouverture de la cavité et assure-t-il le drainage à l'aide d'un drain en caoutchouc de forme spéciale ; sous l'influence de ce drainage, la paroi kystique se rétracte et l'os se reforme, comblant ainsi progressivement la cavité.

Or, le 17 décembre 1943, se présente à la consultation de chirurgie un jeune malade âgé de dix ans et demi, et qui vient consulter pour une volumineuse tuméfaction de l'hémi-maxillaire inférieur droit.

L'examen endo-buccal précise les limites de cette tuméfaction qui s'étend de la première prémolaire à la racine distale de la dent de six ans.

La présence de la deuxième molaire temporaire présentant une carie pénétrante traitée antérieurement, l'évolution très vestibulaire du kyste à peine recouvert d'une mince coque osseuse, font immédiatement penser à un kyste corono-dentaire dont il faut attribuer le développement à l'infection de la dent temporaire, infection qui a retenti sur l'épithélium du sac péri-coronaire.

La radiographie pratiquée aussitôt, confirme le diagnostic, mais précise aussi l'étendue du kyste qui, au lieu de se limiter au collet de la deuxième prémolaire, s'étend sur un tiers de la racine, c'est-à-dire à peu près sur toute

la partie ossifiée ; la racine mésiale de la dent de six ans se trouve également intéressée et presque mise à nue (Figure I).

Devant des lésions aussi étendues l'espoir de pouvoir conserver la deuxième prémolaire et même la dent de six ans paraissait bien précaire.

J'ai tout d'abord pensé à appliquer à ce jeune malade la thérapeutique préconisée par RUSSEL. Mais ceci se passait en 1943, à une époque où il était incertain de pouvoir continuer à suivre régulièrement un jeune malade dont le père, de nationalité anglaise, était interné à Saint-Denis ; l'enfant habitait la campagne et les transports déjà difficiles menaçaient de cesser complètement du fait d'opérations militaires que l'on devinait imminentes. C'est pourquoi l'intervention chirurgicale fut décidée, intervention sous anesthésie régionale, grandement facilitée par la docilité du jeune patient.

Après incision de la muqueuse on voit immédiatement la paroi kystique qui se laisse facilement cliver et découvre presque toute la racine mésiale de la première molaire, un tiers de la racine de la deuxième prémolaire.

Fig. I.

Fig. II.

Après extraction de la dent temporaire, méchage à la gaze iodoformée ; pas de suture. Les suites opératoires sont normales ; les mèches sont renouvelées pendant deux semaines.

Un mois et demi après l'intervention, la plaie est cicatrisée et laisse apparaître la couronne de la dernière prémolaire qui se trouve cependant toujours au même niveau, c'est-à-dire bien au dessous du collet de la première molaire.

Le malade a été ensuite revu tous les mois et l'on a pu assister à l'ascension progressive de la dent, mais le débarquement se produisit alors, et je n'ai plus revu le malade qu'en novembre 1945.

L'examen pratiqué à cette date, et la radiographie (Figure II) que vous pouvez voir montrent l'évolution presque normale de la deuxième prémolaire ; je dis presque normale car cette dent est légèrement vestibulée, évolution provoquée par le rapprochement des deux dents voisines.

Il est en effet préconisé de conserver au moyen d'appareils orthodontiques un espace suffisant pour permettre l'évolution normale de la dent, mais les hostilités ont empêché de traiter le malade au moment opportun.

Néanmoins, j'estime que les résultats obtenus sont satisfaisants lorsque l'on considère l'étendue des lésions initiales ; en effet, la deuxième prémolaire articule avec son antagoniste, la dent de six ans a conservé sa vitalité et seul, actuellement, l'examen successif des deux radiographies permet de revivre cet épisode pathologique.

Il est donc souhaitable qu'en présence d'un kyste corono-dentaire étendu, la conservation des dents permanentes, même si elle paraît très problématique, soit tentée.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES GINGIVO-STOMATITES ET DES ALVÉOLITES PAR LA PÉNICILLINE

Par J. BOURSIER

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 8 mars* 1946)

616.31 002

Qu'il me soit permis, avant de commencer, d'exprimer mon trouble à la pensée, qu'il y a fort peu de temps encore, j'étais assis, sur ces bancs, avec la blouse d'étudiant. Que mon maître si dévoué, le Dr Delibéros veuille bien trouver ici l'expression de toute mon affection et de toute ma gratitude.

Les hasards de la vie militaire m'ont entraîné en Grande-Bretagne, où, six mois durant, j'ai pratiqué l'art dentaire dans une base française de la R. A. F. ; j'ai eu la possibilité de me servir de la pénicilline comme moyen thérapeutique ; et nous avons pensé qu'il vous serait intéressant d'avoir quelques renseignements à ce sujet.

J'ai quitté la France au moment où l'usage thérapeutique de la pénicilline était encore à peu près inconnu. A cette époque, la rumeur publique en avait fait une substance quasi-magique aux vertus universelles et j'avais entendu tant de sornettes à ce sujet que je partais bien décidé à me documenter sérieusement, mais les renseignements que j'ai recueillis sortiraient du cadre de ce petit exposé. Vous connaissez sans doute ces petits flacons de poudre jaune ou brun clair pour usage général. Je vous ai apporté un échantillon de pénicilline à usage dentaire ou laryngé présenté sous forme d'une plaque semi-solide sur laquelle vous verréz un quadrillage, permettant de découper des petites pastilles contenant chacune 500 unités de pénicilline. Cette dernière est enrobée dans de la gélatine.

Toute la Pénicillinothérapie est basée sur le principe suivant : *la pénicilline doit être en contact avec les organismes envahissants en concentration effective, ce qui signifie que cette substance doit être donnée continuellement ou à intervalles très fréquents.*

Ce n'est qu'un mois après mon arrivée, que je reçus une vingtaine de ces petits sachets. Je n'avais aucune donnée précise sur son emploi. La seule chose que je savais, était qu'un de mes malades avait été soigné en hôpital par ce procédé et qu'on lui avait fait placer ces pastilles entre joue et maxillaire. Je me lançai à l'aventure et je vais vous présenter trois observations qui vous rendront peut-être service quand nous aurons ce moyen à notre disposition.

La première fut faite sur un malade qui présentait une stomatite dont je n'arrivais pas à venir à bout. C'était un jeune garçon peu soigneux de son hygiène buccale, à qui j'avais déjà fait plusieurs fois le traitement suivant : grands lavages antiseptiques, acide chromique, glycérine et novar à 6 %, quatre injections intraveineuses de vitamine C. Très bien amélioré, il part une dizaine de jours en permission et rentre avec une gingivo-stomatite ulcéreuse magnifique : des ulcérations profondes saignantes de la joue en regard du plan d'occlusion, et des collets et des languettes dans le même état, une sensibilité extrême. Je refais mon traitement et lui donne à prendre toutes les demi-heures une pastille de pénicilline, en lui recommandant bien de ne pas sucer ni croquer. Je lui faisais continuer trois fois par jour ses lavages antiseptiques au Dettol. Après

24 heures, il n'y avait pratiquement pas d'amélioration. Au bout de 48 heures, j'arrêtai le traitement devant le peu de résultats obtenus et ne voulant pas utiliser tout mon stock.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un jeune soldat qui, quatre jours après une extraction de première prémolaire supérieure droite, et n'ayant fait aucun lavage de bouche antiseptique, revint me trouver avec une alvéolite extrêmement violente, accompagnée d'un œdème sous-palpébral volumineux. L'examen endo-buccal révéla une alvéole purulente d'une sensibilité extrême. Pour être plus certain du traitement, j'admis le malade à l'infirmerie et demandai à l'infirmier de faire un lavage antiseptique au Dettol toutes les heures dans l'alvéole et d'y placer une pastille de pénicilline toutes les demi-heures. Le traitement commencé à 11 heures du matin ne fut arrêté que de minuit à huit heures le lendemain matin. Je revoyai le malade à 11 heures. L'œdème avait complètement disparu, l'os alvéolaire ne suppurait plus et ne présentait plus de sensibilité. J'étais enchanté et au fond très fier. Mais je fus beaucoup moins fier quand deux jours après je lisais dans un petit opuscule sur la pénicilline : « *On doit prendre soin de veiller à ce qu'aucun alcool ou antiseptique ne soit laissé dans les seringues ou aucun appareil employé pour administrer la pénicilline ; l'alcool et autres produits chimiques employés communément comme antiseptiques détruisent la pénicilline* ».

Ce traitement et cette réussite étaient donc sans valeur. Il me fallait attendre une nouvelle alvéolite pour avoir un résultat vraiment rationnel. Le 25 septembre, un malade vint me trouver souffrant à la suite d'une extraction pratiquée 7 jours auparavant, mêmes signes cliniques, mêmes douleurs. Je regardai l'alvéole sans y toucher absolument. A 11 heures, le malade était au lit et je lui plaçai sa première tablette de pénicilline *dans* l'alvéole. Elles devaient se succéder jusqu'à 22 heures. A 1 heure du matin le malade en plaça une autre et s'endormit. Le 26, le traitement fut repris de 8 heures à 14 heures. A 7 heures, toutes douleurs étaient arrêtées depuis la veille 21 heures. L'alvéole était encore un peu purulente, mais la sensibilité avait presque totalement disparu. Je lui fis continuer le traitement jusqu'au soir 22 heures. Le deuxième jour au matin tout était terminé.

J'eus l'occasion, par la suite, de soigner cinq autres alvéolites ; toutes le furent par ce même procédé, le malade continuant évidemment à vaquer à ses occupations. Toutes guérirent de la même façon et avec la même rapidité et ce, rien qu'avec la pénicilline. Il est certain que les gingivo-stomatites à fuso-spirilles doivent être très rapidement guéries, elles aussi, en 36 heures. Les spirochètes et les bacilles fusiformes étant très sensibles à la pénicilline. Souhaitons que l'industrie française nous donne rapidement la possibilité de cette thérapeutique.

CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES STOMATITES ULCÉRO-NÉCROTIQUES ET DE L'ANGINE DE VINCENT

(Stomato-Pharyngite ulcéro-nécrotique)

Par R. G. GUDIN (Loches)

Chirurgien-Dentiste

616.31 002.44

Dans une observation faite en 1941 et publiée en juin 1942 dans *L'Information Dentaire* sur un cas type de gingivite ou la carence C semblait être confirmée par le laboratoire, j'attaquais la thérapeutique classique des stomatites par les novarsénobenzols ; je préconisais pour la remplacer des brossages vigoureux des gencives avec un vieux médicament utilisé par P. DUBOIS en gargarisme et par notre maître Maurice ROY et son Ecole, en attouchement dans les clapiers pyorrhéiques.

J'avais remarqué que la pénétration de cette solution dans la fibromuqueuse par l'intermédiaire de la brosse à dents en sclérosant et détergeant les tissus était à la base de mes succès thérapeutiques.

D'ailleurs, Maurice ROY, avec sa grande compétence avait déjà attiré l'attention de la profession sur l'action sclérosante obtenue par une brosse à soies très dures dans les parodontoses pyorrhéiques avec de l'eau sans adjonction de médicaments.

En brossage, l'efficacité du chlorure de zinc est particulièrement accrue et bien supérieure à ce que l'on peut obtenir lorsqu'on l'utilise comme topique et ceci avec une concentration beaucoup moindre. Ce qui n'est pas à négliger avec un médicament légèrement toxique.

J'utilise une solution de chlorure de zinc au 1/10 dont le pH par la méthode potentiométrique (électrode d'antimoine) est généralement de 5.26.

La solution utilisée par le malade (vingt à trente gouttes dans un verre d'eau) correspond à un pH voisin de 5.94.

L'efficacité est-elle liée au problème de l'acidité comme semble le supposer HAMON, d'Orléans, qui a fait une communication à la Société de Stomatologie sur la Thérapeutique des stomatites ulcéro-nécrotiques. Cet auteur a obtenu d'excellents résultats avec un collutoire acide (HCl, acide citrique, glycérine) et des collutoires contenant des ferments et des levures.

Ces expériences extrêmement intéressantes mériteraient d'être poursuivies et il serait utile de connaître le pH de ces collutoires.

La thérapeutique des stomatites ulcéro-nécrotiques comme son étiologie est complexe. Elle est liée aux causes qu'il faut essayer de rechercher et d'analyser avant d'aborder le traitement rationnel.

Deux facteurs, à mon sens, dominent en se complétant la pathogénie de cette affection.

le terrain
et l'infection secondaire.

Déséquilibre neuro-végétatif lié au déséquilibre alimentaire plus souvent par excès que par insuffisance des apports chez des insuffisants hépatiques. Et comme le fait justement remarquer Yves DUTEIL, venant confirmer mes nombreuses observations prises également sur le vif, au milieu d'unités combattantes.

« J'ai l'impression qu'il y a lieu de considérer dans ces affections de carence non pas seulement la notion d'un apport vitaminique insuffisant, mais la concentration alimentaire. A mon sens, tout se passe comme si l'organisme alimenté en conserves avait besoin d'un apport vitaminique supérieur à celui que nécessite une alimentation plus vitale.

Lorsque la nourriture du soldat fut diminuée, dit-il encore, *je n'observai pas un seul cas de stomatites,* malgré un apport vitaminique alimentaire inférieur ».

Mme Randoin, il y a quelques années, aidée par le laboratoire, avait démontré le danger des apports excessifs d'un des composants de la ration chez les sujets sous-alimentés par ailleurs.

« Plus la ration est riche en principes énergitiques plus les quantités des principes non-énergitiques doivent être importantes ».

Cela pourrait expliquer les nombreux cas rencontrés chez les déportés quelques mois après leur retour de captivité.

Depuis quelques années, la maladie a progressé et semble atteihdre, en France, son point culminant en 1945, lié semble-t-il à la misère physiologique de nos contemporains et à leur désarroi moral.

C'est sur ces terrains marqués par l'inquiétude que la modification des rations aura le plus de poids.

Comment d'autre part expliquer ces manifestations collectives apparemment épidémiques apparaissant d'une manière saisonnière sinon par une *alimentation commune désordonnée* au milieu des souffrances morales, subies pendant quelques mois.

Comme je le faisais remarquer dans mon article de février 1945, « au Poste de secours de bataillon, nous étions frappés par l'aspect pléthorique des chasseurs atteints de ces manifestations buccales. Cette suralimentation apparente aurait pu tromper un observateur mal prévenu, l'officier d'approvisionnement donnait à nos hommes une nourriture abondante mais peu rationnelle. Excès de conserves américaines, peu d'aliments frais ou susceptibles de compléter les rations. L'alcool venait augmenter le tonus du combattant et se surajouter aux facteurs d'insuffisance hépatique de certains, à la fatigue du combat, à *l'émotivité,* au surmenage moral pour favoriser ce *déséquilibre* ».

Il faut la répétition prolongée d'une même faute. Un repas plantureux isolé ne peut déclencher qu'une banale indigestion.

Qu'en 1937, en période d'abondance, un mangeur pléthorique ou intempérant surmène sa cellule hépatique, peu importe ; mais que le même individu dont le régime alimentaire est déséquilibré par la saison ou les nécessités subissent en 1944, un harcèlement d'artillerie ou qu'un chagrin intime l'assaille (auto-observations du médecin commandant Bernard) et nous aurons quelques chances d'avoir un malade de plus à notre consultation ; d'autant plus facilement qu'une cause locale adjuvante aura créé l'effraction muqueuse (dents de sagesse, obturations débordantes, etc...) absolument nécessaire à l'éclosion des manifestations buccales.

Que des phénomènes d'intoxication alimentaire ou d'allergie comme est enclin à le penser Lebourg, viennent se surajouter chez un insuffisant hépatique, le terrain déséquilibré, reste, semble-t-il, à la base des phénomènes pathologiques qui nous intéressent et nous permettra d'orienter notre thérapeutique générale vers une diététique appropriée. Que secondairement le streptocoque ait son importance en préparant la nourriture de l'association de Vincent, — microbe de fumier, comme le dit joliment le professeur Chevalier — ceci semble indiscutable.

Le fuso-spirille est l'agent local prédominant de ces stomato-pharyngites ulcéro-nécrotiques comme l'a bien démontré H. Vincent. C'est lui qui donne à ces lésions sa marque ulcéro-nécrotique particulière, en laissant à la maladie générale sa responsabilité clinique essentielle.

L'infection primitive par réveil des fuso-spirilles de saprophytes devenus pathogènes est cliniquement peu probable, même si l'hygiène générale est déficiente.

Les autres microbes pathogènes surajoutés sont ceux de la flore buccopharyngée (streptocoques, entérocoques, staphylocoques, colibacilles, etc...) hôtes habituels de ce carrefour qui de saprophytes deviennent virulents par suite de l'impuissance des tissus et servent de nourriture à l'association de H. VINCENT.

Nous aurons donc à considérer pour notre thérapeutique un deuxième facteur, *la désinfection générale et locale.*

Certains auteurs, ceux surtout qui croient à la contagion injectent de la péniciline ou imprègnent l'organisme de sulfamide per os ou par la voie parentale.

C'est une manière parfaite de lutter contre le streptocoque et les microorganismes buccaux ; on supprime par là même le terrain favorable à l'évolution de l'association fuso-spirillaire de VINCENT.

Ceci explique peut-être, également l'action apparemment paradoxale des injections de cyanure de mercure, préconisée par MARCOU, MÜTZNER, GINESTET et ROCHETTE, qui s'élimine par la muqueuse buccale.

La pénicilline paraît être la thérapeutique locale de choix anti-streptococcique comme l'ont montré les auteurs étrangers. Pour nous autres, Français, comme il nous est encore difficile d'utiliser des pastilles de pénicilline, la solution de chlorure de zinc utilisée en brossage est le procédé auquel je donnerai ma préférence comme je l'exposai au début de mon article, en lui adjoignant d'autres antiseptiques chlorés suivant les cas (liqueur de Dakin, pastilles de gonacrine, de chlorate de potasse) ou des collutoires de sulfamide.

DE LA PRESCRIPTION

A) *Traitement antiseptique général à réserver aux formes sévères.* — J'élimine comme difficilement accessible la thérapeutique à la pénicilline par injection parentérale et peu rationnelle de cyanure de mercure.

Je prescris donc :

Fontamide ou thyazomide,

8 comprimés de 0 gr. 50 les deux premiers jours,
4 — les deux jours suivants,
2 — les cinquième et sixième jours.

B) *Traitement antiseptique local.*

a) Au cabinet :

Attouchement des ulcérations buccales à l'exception des amygdales par l'acide trichloracétique ou l'acide chromique.

b) Par le malade :

Chlorure de zinc au dixième 120 cm3.
Essence de girofle 2 gouttes.
Alcool de menthe Ricqlès 30 gouttes.
1/4 de cuillerée à café par verre d'eau.

Brossage énergique des gencives deux fois par jour.

On complétera cette désinfection avec : pastilles de chlorate de potasse ou gonacrine, 4 à 6 pastilles par jour à sucer lentement par moitié.

Lorsque l'angine de Vincent domine, détergez ou faites déterger l'amygdale avec un coton monté sur une pince de Kocher imprégnée de la solution *chlorée de Dakin* pure, 3 fois par jour.

Joindre des gargarismes avec la même solution : 1/2 cuillerée à café par verre d'eau bouillie chaude.

Quand vous aurez désinfecté la cavité bucco-pharyngée, ou après ou pendant le traitement antiseptique, pensez à rétablir l'équilibre alimentaire suivant les saisons.

En hiver, au début du printemps, la carence qui semble dominer le déséquilibre est liée à la vitamine C et à la vitamine B1 probablement par insuffisance de crudité et excès d'aliments riches en glucide (farineux, pain).

L'été et l'automne la carence C semble peu probable sauf chez certains sujets dyspeptiques par modification des sécrétions digestives.

Il faudra songer davantage à la vitamine B1 et à la vitamine PP, liées à l'excès de glucide et au déséquilibre de la ration azotée (viandes trop cuites ou peu abondantes).

L'interrogatoire du patient a une grande valeur et nous permet de corriger son alimentation.

En règle générale, je prescris le régime suivant qui ménage le foie du malade et *rétablit l'équilibre alimentaire* :

Aliments à supprimer : alcool, féculents (haricots, etc...), viandes en sauce.

Aliments à diminuer : pommes de terre, pain, pâtes.

Rechercher : viandes saignantes (foie de bœuf de préférence) (vit. K et PP) ; fromages frais ou non fermentés, lait (riches en B1 et calcium) ; levure de bière ou bière de ménage (A et B) ; noix ou noisette, modérément (B1 + huile) ; légumes verts ou fruits, en quantité raisonnable (vit. A. B. C.).

Prescrivez pour compléter les quelques vitamines susceptibles d'être absentes ou insuffisantes dans l'alimentation du malade :

1° Aminovit (vitamine B1, D et C, plus acides aminés) ;

2° Nicobion ou nicotamide (vitamine PP), 5 comprimés de chaque dans la journée au milieu des repas.

L'hiver ou début du printemps, on peut ajouter des vitamines C sous forme de Laroscobine Roche, Vitascrobol ou analogue.

Si on a affaire à un insuffisant hépatique, on se trouve bien de prescrire :

Un verre à Bordeaux à jeun, pris trois fois par semaine de la solution chlolagogue suivante :

Bicarbonate de soude }
Sulfate de soude } 1 cuillerée à soupe pour un litre d'eau.

BIBLIOGRAPHIE

Professeur CHEVALIER. — *La stomato-pharyngite ulcéro-membraneuse des hémopathies aiguës.* (*Le Médecin Français* 25 octobre 1945).

GUDIN. — *Au sujet d'une thérapeutique simple dans le traitement des stomatites ulcéro-membraneuses de causes diverses* (*L'Information Dentaire*, 10 juin 1943).

GUDIN. — *Les gingivo-stomatites ulcéro-nécrotiques* (*L'Information Dentaire*, 15 avril 1945).

GUDIN. — *Gingivo-stomatite ulcéro-nécrotique et angine de Vincent dans les troubles du régime alimentaire* (*L'Information Dentaire*, 23 décembre 1945).

LEBOURG. — *La stomatite du soldat* (*Le Médecin Français*, 25 décembre 1945).

LEBOURG. — *Venons-nous d'assister au développement d'une stomatite épidémique ?* (*Annales Odonto-stomatologiques*, Lyon, mai 1946).

LEBOURG, HENAULT, LAMBERT, CERNEA, HENNION, etc... — *Les stomatites* (Masson, 1946).

REVUE ANALYTIQUE

BARTHÉLEMY et MOLINE. — **Intoxication chronique par l'hydrate de cadmium. Son signe précoce : la bague jaune dentaire.** (*Paris-Médical*, N° 1, 1946).

Dans les industries employant le cadmium on peut constater chez les ouvriers y travaillant une intoxication produite par ce produit. MM. Barthélémy et Moline l'ont étudiée en particulier dans une usine de fabrication d'accumulateurs au ferro-nickel dont l'électrode négative est à base de cadmium.

Cette intoxication se manifeste tout d'abord par des algies localisées suivies après quelques années d'un état d'impétence grave. Les algies sont de plus en plus violentes et les intoxiqués deviennent peu à peu de véritables infirmes, marchant avec difficulté et incapables du moindre travail.

Cette intoxication par le cadmium, contrairement à d'autres intoxications, ne se manifeste par aucune lésion buccale douloureuse ; cependant les intoxiqués présentent un symptôme bucco-dentaire très caractéristique permettant un diagnostic précoce.

Les auteurs décrivent ainsi ce symptôme :

« Le premier signe est la bague jaune dentaire. C'est une véritable pigmentation de l'émail dentaire avec imprégnation de tartre. Elle débute au collet et y garde le maximum d'intensité, couvrant peu à peu le tiers, puis la moitié de la dent, côté gingival. Mais la gencive n'est jamais modifiée, ni coloriée, ni enflammée ; il n'y a pas de gingivite cadmique. La couleur va du jaune clair au jaune or. Masqués par le tartre (bien que celui-ci soit coloré également) et le jus de chique, elle est révélée alors par les brossages et détartrages. La bague cadmique est peu visible chez les grands fumeurs, mais la pigmentation de la dent par le tabac est labile et on retrouve alors la bague cadmique qui est fixe. La bague persiste aux phases les plus avancées de l'évolution de l'intoxication. Des examens pratiqués sur des dents fortement marquées par la bague jaune n'ont révélé aucune modification appréciable du tissu dentaire. Quand l'imprégnation a cessé, elle subsiste encore pendant quelques mois.

« Depuis que nous avons appliqué à l'usine une rotation méthodique du personnel aux différents postes de travail, nous avons pu observer et suivre l'évolution de la bague jaune dentaire. On peut ainsi compter que ce symptôme disparaît en autant de mois qu'il a mis d'années à s'installer.

« On est donc conduit à fixer scientifiquement le temps d'éloignement du travail toxique d'après la persistance de la bague jaune dentaire et également à fixer le temps du travail toxique jusqu'à l'apparition de la bague jaune dentaire ».

Voici le traitement appliqué par les auteurs : injections intra-veineuses ou intra-musculaires de gluconate de chaux, associées à l'absorption *per os* de vitamine D. L'application de ce traitement à titre préventif, dès l'apparition du liséré dentaire, donne des résultats surprenants. Ainsi apparaît l'importance de ce symptôme et l'importance des services que le spécialiste peut rendre.

GROSSMANN (L.). — **Les sulphonamides dans le traitement des dents dépulpées.** *The Jour. of the Amer. Dent. Assoc.*, n° 21, 1945, ex. *Information Dentaire*, 17 février 1946).

L'auteur rend compte des résultats d'expériences faites à l'Ecole Dentaire de l'Université de Pensylvanie en vue de vérifier l'action des sulphonamides dans le traitement des dents dépulpées.

A cet effet, 152 dents furent traitées avec une solution de sulphanilamide ou de sulphodiazine à 15 % dans l'éthylène Glycol, après préparation mécanique des canaux et irrigation. Pour le contrôle, un nombre égal de dents furent traitées par d'autres médicaments, les opérateurs chargés de ces traitements étant toujours dans l'ignorance du produit employé. Le critérium de comparaison entre l'efficacité relative des médicaments fut le nombre des séances nécessaires pour obtenir deux cultures négatives par des prélèvements dans les canaux. Les résultats obtenus furent aussi bon mais non meilleurs avec les sulphonamides qu'avec les médicaments habituels. Deux raisons peuvent être données pour expliquer le fait que les sulphonamides n'ont pas eu une action bactéricide plus grande : 1° En réalité les sulphonamides en tant que groupe, sont considérées comme étant plutôt bactériostatiques que bactéricides. Elles empêchent le développement des microbes dont la destruction est assurée par les leucocytes. Or ceux-ci peuvent être présents dans les tissus péri-apicaux, mais n'existent

pas dans les canaux radiculaires pour compléter l'action des sulphonamides. Il faut cependant dire qu'à la forte concentration employée, on aurait pu s'attendre à ce que les solutions de sulphonamides eussent une action bactéricide plutôt que bactériostatique. 2° L'action des sulphonamides se trouve toujours réduite en présence du pus ou des produits protéinés ou bactériens, et les canaux radiculaires, tout au moins au début du traitement, ne sont pas entièrement débarrassés de masses bactériennes, de reste de tissus nécrosés ou même de pus.

VIRENQUE (M.). — **Les résines acryliques intra-tissulaires et leur rôle en chirurgie faciale réparatrice.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et maxillo-faciale*, février 1946).

« La découverte, dit l'auteur, puis la mise au point de certains produits désignés sous le nom de résines acryliques, nous permettent de reconsidérer sous un jour entièrement nouveau, la question des corps étrangers intra-tissulaires, non seulement au point de vue de la chirurgie faciale réparatrice, mais également en ce qui concerne les destructions tissulaires et le traitement des fractures en général. Nous avons inclus, dans les tissus de la face, depuis près d'un an, un certain nombre de ces corps étrangers et les résultats ont été si remarquables que, bien que le recul du temps nous manque, nous pensons utile de présenter nos résultats et d'indiquer la méthode que nous suivons. Les chirurgiens anglais et américains se servent également de ces inclusions, mais emploient un procédé nettement différent du nôtre ».

Un corps étranger ne peut être inclus dans les tissus, quel que soit le but recherché, que s'il possède la propriété de ne provoquer aucune réaction de défense. Son emploi serait même idéal s'il favorisait la fonte ou au moins la non reproduction du tissu cicatriciel préexistant souvent à son inclusion et dont la présence est presque constante dans les vastes mutilations faciales. Des résultats remarquables paraissent obtenus par l'emploi des résines acryliques.

Ces produits sont des éthers méthyliques de l'acide méthacrylique ou des méthyls métacrylates.

Les pièces de résines acryliques présentent les avantages suivants : ce sont des corps résistants, translucides, parfaitement tolérés, incassables, d'un poids très léger qui s'adaptent harmonieusement à la région où on les place. Leur stérilisation est obtenue par la chaleur sèche à 80° maintenue pendant vingt minutes. Le seul inconvénient est la persistance d'une légère mobilité. Ces inclusions sont pratiquées dans deux buts totalement différents : l'un esthétique, l'autre fonctionnel

a) *Inclusions dans un but esthétique* : Les résines acryliques servent à parfaire la reconstruction faciale, leur mise en place est précédée d'un ou plusieurs temps de greffes osseuses.

Les principes de mise en place sont les suivants :

1° La pièce repose sur un plan profond résistant, en général le plan greffé ;

2° Elle sera entourée d'une loge aussi étoffée que possible ;

3° Sa fixation sera assurée par l'adaptation de sa face profonde à la région qu'elle recouvre et par la suture soignée des plans superficiels ;

4° Elle ne sera jamais volumineuse et d'un poids minime ;

5° Plusieurs pièces sont parfois nécessaires ;

b) *Inclusions dans un but fonctionnel* : Elles servent au rétablissement et au maintien des mouvements de la mâchoire, lorsque les défauts d'ouverture sont dus :

1° A des adhérences scléreuses rebelles au traitement non sanglant ;

2° A des ankyloses osseuses temporo-maxillaire ou coronoïdo-zygomato-malaire.

Elles sont placées à la fin de l'intervention et toutes précautions seront prises pour éviter leur déplacement. Bien entendu la technique varie suivant la région.

J. GATÉ. — **Curieux type d'atrophie cutanée péribuccale chez une femme et ses deux enfants.** (*Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie (Filiale Lyonnaise)*, 25 janvier 1946. — *Presse Médicale* du 1er juin 1946).

M. J. Gaté signale le caractère atypique d'une atrophie cutanée péribuccale chez une femme et ses deux enfants. La mère a vu apparaître son affection dans la deuxième enfance sous l'aspect de traînées bleuâtres qui, avec le temps, se sont accompagnées d'un processus d'atrophie cutanée ayant abouti à un aplatissement de la face latérale gauche du menton où le tégument est rétracté, aminci, légèrement plissé. Le même processus est en voie de réalisation à droite où la peau est légèrement épaissie. Chez la fille, âgée de 12 ans, il existe depuis quelque temps une teinte bleuâtre discrète péribuccale avec à gauche près de la commissure un léger épaississement des téguments. Chez le fils, âgé de 14 ans, on ne voit qu'une teinte à peine bleutée des téguments péribuccaux. Rien d'analogue chez les ascendants de la mère. Pas de signes de dysendocrinie, pas de signes d'imprégnation syphilitique ni chez la mère, ni chez les

enfants. La mère prétend que depuis l'apparition de cette curieuse dystrophie sa mémoire a beaucoup baissé, il en serait de même chez la fillette, rien d'analogue chez le fils. Ce type d'atrophie paraît difficile à classer dans les dystrophies tégumentaires classiques et son caractère héréditaire lui confère encore plus d'originalité.

P. CUILLERET et R. MOINDROT. — **Un cas de stomatite impétigineuse.**

MM. P. Cuilleret et R. Moindrot présentent un enfant de 15 mois qui est atteint de lésions diffuses de stomatite qu'on peut rapporter à une étiologie impétigineuse en raison d'une lésion discrète d'impétigo sur le versant cutané de la lèvre inférieure.

DEVIC, PAUFIQUE et GARDE. — **Hémiatrophie faciale.**

MM. Devic, Paufique et Garde présentent une femme de 33 ans ayant une hémiatrophie faciale droite très accusée et ébauchée à gauche. Pas d'atrophie cutanée mais fonte des muscles et de la graisse. Cette atrophie s'accompagne d'un syndrome oculaire de Fuchs qui implique une participation sympathique.

Les radiographies montrent une double côte cervicale.

Chancre d'inoculation tuberculeux de la gencive. Société de Pédiatrie. (*Presse Méd.*, 20 avril 1946).

MM. LELONG, DECHAUME et BELTRAMI présentent un enfant de 11 ans qu'ils ont traité pour une adénopathie avec température à 40° consécutive à une ulcération gingivale en feuillet de livre au niveau de la région molaire inférieure. Le virage de la cuti-réaction suffit à affirmer l'étiologie tuberculeuse.

M. THIEFFRY a observé 7 cas analogues et a pu chaque fois mettre en évidence un bacille tuberculeux bovin au niveau des ganglions ou de l'ulcération du chancre.

P. AUBRIOT et P. FLORENTIN. — **Rhabdomyome bénin du plancher de la bouche.** Société de Médecine de Nancy. (*Presse Méd.*, 20 avril 1946, p. 262).

Tuméfaction indolore sous-maxillaire gauche du volume d'une pomme, de contours réguliers, plaquée sur la glande. Sensation de mollesse. Présence d'un boudin charnu et mou occupant tout le plancher buccal. La langue est refoulée. Intervention : blocs de grosseurs variables, charnus, rouge-brun. Histologiquement volumineux éléments cellulaires arrondis ou polygonaux, à cytoplasma éosinophile grossièrement granuleux. Ces éléments renferment un ou plusieurs noyaux. Dans le cytoplasma quelques éléments myofibrillaires à striation transversale.

M. BOURGUET. — **Sur l'extraction des canines incluses.** Société Médecine et Chirurgie de Toulouse. (*Presse Médicale*, 4 mai 1946).

L'auteur ne procède à cette ablation que s'il y a infection du sac qui entoure la couronne donnant lieu à des abcès à répétition qui s'ouvrent à travers la voute palatine et parfois dans le vestibule. C'est la voie palatine qui est le procédé de choix dans la généralité des cas, comme le démontre une radiographie prise auparavant. Pour mettre à nu une canine incluse, située obliquement en arrière des incisives, l'auteur après avoir rabattu un lambeau palatin, se sert de la fraise et non d'un ciseau pour faire sauter la partie osseuse qui la recouvre. Il suffit ensuite de tirer dans l'axe de la dent pour l'enlever. Il arrive parfois que son extrémité apicale se brise et ne vient pas. Cela est dû à la forme en crochet de la racine. Dans ce cas, l'auteur fait une incision dans le cul-de-sac gingivo-labial, soulève la lèvre et va découvrir et extraire la pointe de la racine par voie vestibulaire. Il faut surtout après l'extraction enlever avec la curette les débris du sac dans lequel le contenu kystique était infecté.

REVUE DES LIVRES

René VINCENT. — **La pyorrhée dans le cadre de la médecine générale.** — (Un volume chez Masson et Cie. — Paris.)

Pour l'auteur : « Des états pathologiques de la région gingivo-dentaire, englobés sous le nom de pyorrhée, se présentent en clinique, sous deux aspects très différents. Ou la gencive est congestionnée, hyperhémiée et offre tous les symptômes de l'infection, ou la gencive est pâle, anémiée, ischémiée et aucune trace d'infection n'est visible. Ses états pathologiques n'ont qu'un seul symptôme commun susceptible de les rapprocher : la fonte, l'ostéolyse, ou même à notre avis, la raréfaction de l'os alvéolaire. » D'où, pour lui, deux formes : la forme inflammatoire et la forme ischémique.

La forme inflammatoire, qui s'accompagne de la formation de clapiers suppurants est, pour R. Vincent, due à une métastase microbienne d'un foyer éloigné de primo-infection, le plus souvent, du tractus digestif ; cette métastase se produirait dans l'épaisseur de la languette gingivale par tropisme électif et serait conditionnée par le système circulatoire gingival dont les capillaires axiaux, dit-il « présentent un volume bien plus considérable qu'ils ne l'ont dans le reste de la muqueuse buccale... en somme, conclue-t-il, le microbe orienté vers la gencive par son tropisme se comporte comme un corps étranger ambulant dont le dépôt est déterminé par une loi mécanique ». C'est l'hyperhémie déclenchée par l'infection gingivale qui provoque l'ostéolyse alvéolaire. Les culs de sac selon lui, ne se produiraient pas par voie externe ; l'infection de la languette gingivale déterminerait dans celle-ci, la formation d'un clapier purulent qui viendrait s'ouvrir dans le cul-de-sac pyorrhéique.

Pour expliquer cette pathogénie, il s'appuie particulièrement sur l'analogie physio-pathologique qu'il attribue à la gingivite bismuthique où, pour lui, ce n'est pas l'élimination du bismuth par la salive qui déterminerait la gingivite, laquelle serait « totalement indépendante du plus ou moins bon état dentaire ».

Nous ferons remarquer que cette notion est tout à fait en contradiction avec les symptômes cliniques observés puisque les taches brunes qui caractérisent la gingivite bismuthique se localisent exclusivement aux points gingivaux présentant des dépôts externes et sont donc bien en rapport avec l'infection externe de la gencive.

L'auteur, faisant une erreur qui montre sa connaissance imparfaite des travaux de ceux qui l'ont précédé dans ces études dit que « il advient exceptionnellement que l'infection osseuse soit primitive. Il se forme alors, au centre du triangle osseux inter-dentaire, une lésion inflammatoire comparable à un foyer d'ostéomyélite... ce foyer s'ouvre à l'extérieur par un trajet fistuleux » (p. 93). Et il produit à l'appui de ces cas, une radiographie qui montre en réalité l'existence d'un abcès pyorrhéique serpigineux dont il a méconnu le cul-de-sac gingivo-cervical toujours très étroit dans ces cas. Pour s'en convaincre, il lui suffira de se reporter à la planche III, fig. 5 et 6, de *La Pyorrhée alvéolaire* par Maurice Roy où il verra deux radiographies identiques à la sienne qui illustrent justement la description que donne cet auteur de ces abcès pyorrhéiques serpigineux, dont, le premier, il a montré la nature en 1914.

La forme ischémique, celle sans cul-de-sac, n'est pas pour René Vincent, une ostéolyse de cause locale, mais de cause générale, et il en fait le résultat d'un trouble endocrinien et notamment d'ordre génital, ce en quoi il se rencontre avec nombre d'auteurs qu'il se garde bien de citer. A propos de cette forme, il partage une erreur malheureusement encore très répandue en attribuant à un trouble trophique les érosions cunéiformes du collet, alors que, ainsi que l'ont montré les travaux de Miller, confirmés par M. Roy, ces lésions sont toujours consécutives à l'action abrasive des dentifrices et ne se produisent jamais en dehors de celle-ci et alors que ces lésions cessent immédiatement de progresser dès que cette cause provocatrice cesse de s'exercer. On nous permettra en outre d'émettre un doute sérieux au sujet d'une affirmation de l'auteur qui dit que, à la suite d'un traitement opothérapique, il aurait vu souvent des érosions cunéiformes se séparer ; Nous serions curieux qu'il veuille bien expliquer par quel mécanisme la chose serait possible ?

En ce qui concerne le traitement général, René Vincent, ayant fait un prélèvement sanguin dans l'épaisseur d'une languette gingivale et ayant fait une hémo-culture du microbe *causal*, il en prépare un auto-vaccin qu'il injecte par voie sous-cutanée ou par voie intra-dermique à doses progressives. Des observations qu'il produit, il semble apparaître que les résultats qu'il a obtenus chez de grands infectés auraient été inté-

ressants au point de vue de l'état général des malades, mais cette action semble avoir été beaucoup moins évidente sur les lésions pyorrhéiques elles-mêmes.

Au point de vue local, il emploie des injections gingivales de sels insolubles de calcium, glucosate ou lévulosate de calcium qu'il précipite dans l'épaisseur des tissus en injectant immédiatement après du phosphate disodique. Ces injections, d'une part, apporteraient aux tissus des moyens de lutte contre l'injection et, d'autre part, détermineraient (?) « la formation d'un pseudo-cal en créant une façon de calcinose artificielle par surcharge calcique du conjonctif ligamentaire ». Par ailleurs, les diverses interventions qu'il conseille n'ont rien d'original, mais nous critiquerons vivement les appareils mobiles qu'il préconise pour l'immobilisation des dents qui, à notre avis, sont plus dangereux que réellement utiles.

Nous constatons enfin que l'auteur ne fait dans son ouvrage aucune allusion sérieuse à l'hygiène dentaire des pyorrhéiques et qu'il semble ignorer totalement l'importance primordiale du brossage des dents et gencives tant au point de vue prophylactique que curatif.

René Vincent termine son livre par un index bibliographique, et on a la surprise de constater que, sur vingt-huit indications fournies, vingt-deux concernent ses publications personnelles et les six autres des travaux inspirés par lui. Si l'on remarque, par ailleurs, que cet auteur se montre, dans son texte, à peu près aussi discret vis-à-vis des auteurs qui l'ont précédé, on ne peut que s'associer aux regrets si judicieux que manifeste le Dr Izard dans son compte rendu de la *Revue de Stomatologie* : » *Il faut regretter que l'ouvrage n'ait pas été complété par quelques développements concernant d'autres auteurs. Sa lecture peut donner l'impression que, avant Vincent, la conception de la pyorrhée était purement dentaire. Le résumé donné dans l'introduction est d'autant plus insuffisant que, au moins pour la période contemporaine, aucun auteur n'est cité ni français, ni étranger. Il en est de même pour le traitement.*

Nous ne saurions mieux dire.

M. R.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1946

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DELIBÉROS, qui, avec son aisance habituelle : humour et émotion, retrace la marche de notre société pendant l'exercice 45-46 qu'il présida. Il termine en offrant la présidence de la première séance de l'année à son successeur, M. GABRIEL, qui l'inaugure en rendant hommage aux disparus et en nous faisant part de ses projets pour l'exercice qu'il va conduire. Il passe ensuite la parole au Dr CERNÉA pour sa causerie : *Traitement des Epithéliomas du maxillaire inférieur.*

L'électro-chirurgie paraît trouver une de ses meilleures indications, dans le traitement des épithéliomas du maxillaire inférieur.

Parmi les courants de haute-fréquence, ce sont les ondes amorties fournies par des appareils à éclateurs qui donnent des effets coagulants. C'est la destruction sur place que l'on recherche et non l'exérèse de ces tumeurs. L'escarre ainsi produite s'élimine en 12 à 20 jours, mais c'est l'action nécrosante sur le tissu osseux qui rend précieux le courant diathermique. Cette nécrose permet de séquestrer à volonté soit une table osseuse, soit une vaste étendue du maxillaire selon toute son épaisseur.

Le traitement des épithéliomas du maxillaire comprendra donc : le traitement de la lésion locale par l'électro-coagulation, suivi d'un évidement chirurgical des ganglions cervicaux.

L'électro-coagulation se fera en position assise après anesthésie de base complète, par une anesthésie loco-régionale. On évite ainsi tout choc opératoire, les suites sont peu douloureuses et ne s'accompagnent guère de phénomènes inflammatoires. Dans les deux à trois premières semaines, l'escarre tombe et la plaie s'épidermise, le séquestre ne s'éliminant que plus tard, entre le 45e et le 60e jour.

L'évidement ganglionnaire est pratiqué dès que la muqueuse buccale est propre.

Les guérisons s'étagent maintenant sur les cinq dernières années.

Le Dr LAURIAN prend part à la discussion.

M. Gabriel donne ensuite la parole à M. Gonon pour une communication hors programme dont nous donnons ci-dessous le texte :

Mes chers Collègues,

Veuillez m'excuser de cette intervention hors programme, rassurez-vous, je serai bref.

J'ai rencontré voici peu de temps, M. Canivet, Professeur de Chimie dans notre école. Il m'a fait visiter, avec quelque satisfaction, un laboratoire à l'installation duquel il avait participé.

Ce laboratoire, situé rue Tronchet, appartient à un organisme dénommé « Cemdent » (Centre d'étude et de contrôle du matériel chirurgical et dentaire, créé par décision du Ministre de la production industrielle. Le « Cemdent » est sous la dépendance de l'Office professionnel de la mécanique de précision et de l'optique. Cet Office dépend lui-même du Ministère de la Production industrielle.

J'ai donc visité un laboratoire de chimie bien équipé et en fonctionnement, ainsi qu'un laboratoire en voie d'installation, mais déjà fort bien pourvu de machines de précision, permettant, entre autres, les études métallographiques et les contrôles de résistance des matériaux divers.

En collaboration avec M. Canivet, travaillent une chimiste et un jeune ingénieur de Centrale, particulièrement qualifié pour les études métallographiques.

Il s'agit donc, en somme, de la première réalisation, par les pouvoirs publics, de ce laboratoire d'essai et de contrôle, si souvent souhaité ici même.

C'est, en même temps, un premier pas vers la recherche scientifique officielle, appliquée à l'art dentaire et que nous appelons de nos vœux depuis si longtemps.

Notre profession ne peut que bénéficier d'une telle création et s'en réjouir.

Cependant une chose est inquiétante : le Conseil d'Administration du « Cemdent », sur 12 membres, prévoit :

7 commerçants et industriels de l'art dentaire ;

2 ou 3 non professionnels ;

1 stomatologiste,

et 1 chirurgien-dentiste seulement.

Nous ne voulons pas laisser penser que nous méconnaissons le rôle important de nos fabricants et fournisseurs, que nous leur mesurons notre reconnaissance, nous nous plaisons, au contraire, à leur rendre hommage. Mais si un organisme comme le « Cemdent » doit rester sous le contrôle presque exclusif des négociants, il faut craindre que le facteur scientifique soit dominé par le facteur économique.

La Société d'Odontologie, la plus ancienne et la plus estimée de nos sociétés scientifiques ne peut pas rester indifférente et se doit de ne pas être la dernière à signaler une telle anomalie.

C'est pourquoi je propose qu'elle émette auprès du Ministère intéressé dont relève le « Cemdent », *le vœu que cet organisme puisse être pourvu d'un Conseil d'Administration qui, à l'inverse du conseil prévu, comporte une majorité de praticiens* et même *que les principales sociétés scientifiques soient consultées pour avis en ce qui concerne le choix de ces praticiens.*

Il serait logique et raisonnable qu'il en soit ainsi ; l'initiative, l'orientation des recherches, le programme des essais à poursuivre, doivent rester une prérogative des organisations scientifiques dentaires.

L'avenir de notre profession est trop étroitement lié à la recherche scientifique pour que nous négligions la moindre chance qui nous est offerte.

A la suite de cette lecture, un ordre du jour décide de porter cette suggestion devant le Conseil d'Administration qui fera ultérieurement connaître sa décision.

Puis la parole est donnée au Dr Bernard pour sa communication : *Nouvelle technique d'application de l'ionophorèse. L'ion accéléré OH.*

Après avoir rappelé ses recherches expérimentales sur l'ionophorèse, exposées à la Société d'Odontologie, en juin 1946, l'auteur présente la nouvelle technique d'application thérapeutique qui découle de ces travaux.

Cette technique est caractérisée par sa simplicité, sa rapidité et son efficacité.

Elle ne comporte plus la mise en place dans la chambre pulpaire d'une solution ionique (I 3) ; l'ion antiseptique est produit par l'électrolyse du contenu des canaux (ion OH).

Cet ion a une vitesse de phorèse cinq fois plus grande que celle des autres ions ; partant, la durée de l'application thérapeutique est cinq fois plus brève qu'avec les ions iode : 2 à 3 minutes, au lieu de 10 à 15.

Les ions OH pénètrent par « phorèse » jusque dans les canaux les plus inaccessi-

bles et y déterminent : 1° la dissolution totale du contenu organique (microbes et débris pulpaires) ; 2° l'érosion de la dentine pariétale (alésage électro-chimique).

Le contenu des canaux est alors expulsé spontanément dans la chambre par cataphorèse, sous la forme d'une mousse très blanche (la cataphorèse s'effectue de l'apex vers la chambre, en sens inverse de la phorèse des ions OH).

Dès lors, tous les canaux deviennent sondables et peuvent être obturés par première intention (sans renouveler l'application d'ionophorèse).

Prennent part à la discussion, le Dr Richard et le Dr Solas.

La séance est levée à 23 heures. *Le Secrétaire Général* : René R. Rigolet.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 9 juillet 1946

Despons et Vérin. — *Sur un cas de tumeur à myéloplaxes double (maxillaires supérieur et inférieur) chez un enfant.*

Un enfant de 8 ans est porteur d'une tumeur du maxillaire supérieur avec déformation de la voûte palatine et d'une tumeur du maxillaire inférieur du volume d'une amande.

La biopsie révèle une néo-formation représentant le type des tumeurs à myéloplaxes (Prof. De Grailly).

L'intervention conservatrice permet de réaliser l'exerèse sans récidive avec bon résultat fonctionnel et esthétique.

Dubecq et Maronneaud. — *Les tumeurs palatines d'origine glandulaire.*

Les auteurs rapportent quatre observations de malades ayant présenté des tumeurs palatines interprétées comme tumeurs mixtes. A l'occasion de ces cas et à l'appui des observations qu'ils ont pu relever dans la littérature, ils ont repris l'étude générale des tumeurs de la voûte palatine et mis en lumière les faits suivants : la localisation postérieure des tumeurs mixtes de la région palatine est la règle, elle est dictée par l'anatomie topographique et structurale de la région. Leur diagnostic est habituellement facile malgré quelques erreurs qui ont été possibles avec certaines manifestations inflammatoires, avec la gomme syphilitique et le sarcome. Elles atteignent le plus souvent la femme, avec un maximum de fréquence entre 50 et 60 ans et une prédominence à gauche. Leur aspect clinique est excessivement varié : forme, mobilité, consistance, évolution. La diversité de leurs types anatomo-pathologiques n'a pas permis d'en tirer une classification valable. Il s'agit, en général, de masses adénomateuses de souche embryonnaire plus ou moins différenciée et atrophiée, infiltrées et cloisonnées par des travées conjonctives fibreuses, plus ou moins denses et épaisses et habituellement frappées de dégénérescence hyaline ou myxomateuse. La différenciation mésenchymateuse est différemment expliquée par la théorie de l'inter-action épithélio-conjonctive de Leroux et par la théorie de la métaplasie cellulo-tissulaire de Masson. Enfin, les auteurs exposent les contingences opératoires et le pronostic de ces tumeurs qui, pour certaines, s'identifie avec celui des adamantinomes, en particulier pour celles qui présentent une évolution cylindromateuse. Ils concluent en rappelant qu'identiques aux tumeurs mixtes des glandes salivaires, elles représentent un groupe très spécial et très curieux par leur diversité, leur hétéromorphisme, et les phénomènes de métaplasie dont elles sont le siège.

Maronneaud. — *Sur un cas de polype pulpaire odonto-lityque d'une dent caduque en voie d'élimination. Problèmes soulevés par l'examen anatomo-pathologique.*

L'auteur rapporte un cas de polype pulpaire observé au niveau d'une canine temporaire et qui, à la suite de la rhizalyse de cette dent, a étendu le processus de résorption normale jusque dans sa portion coronaire et l'a évidée. La masse charnue, désinsérée de sa cupule, s'est présentée sous la forme d'un nodule sphérique de la grosseur d'une tête d'épingle noire. Son examen anatomo-pathologique révéla une structure granulomateuse épithélio-conjonctive, richement vascularisée ; les formations épithéliales étant du type adamantin.

L'intérêt de cette observation réside non seulement dans la présence inattendue de formations épithéliales, mais aussi dans leurs caractères et leurs aspects adamantins typiques. Ces faits semblent devoir être interprétés comme une participation de débris épithéliaux paradentaires décrits par Malassez et entraînés au passage dans la migration de l'organe résorbant de la racine de la dent caduque au cours du processus de rhizalyse.

SOCIÉTÉ STOMATO-ODONTOLOGIQUE DU NORD DE LA FRANCE

Séance du 14 *septembre* 1946

Après avoir salué les nombreuses personnalités représentant tous les groupements officiels de la région, le Dr SOLEIL présente la première conférence d'actualité stomato-odontologique de l'année 1946-47.

L'hygiène dentaire scolaire dans le Nord (conceptions, réalisations, projets).

L'auteur rappelle l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

Puis il expose les raisons connues de tous qui justifient l'hygiène dentaire scolaire, en rappelant l'importance de la mastication pour la formation des dents et des os ainsi que pour l'assimilation en période de croissance. Puis les complications de la carie, l'importance des anomalies maxillaires dont la correction précoce évite des aggravations. La conservation des dents temporaires évite de nombreuses malformations.

Le but de notre action est *de conserver une denture saine pendant toute la vie.*

Nos moyens sont : l'examen par des spécialistes qualifiés, la diffusion des conseils d'hygiène, les traitements généraux, les soins précoces des caries. Il insiste sur l'erreur qui consiste à négliger les dents temporaires et à conseiller leur suppression à l'occasion de soins d'urgence.

Pour lui, il faut envisager *l'enseignement des praticiens, les soins, l'inspection, la propagande.*

L'enseignement doit être incorporé dans le programme officiel avec travaux et examen.

Les soins sont à organiser, et la méthode de KANTOROVITCH à retenir au début.

L'inspection, utile si les soins peuvent suivre, peut se faire selon les directives du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, dont l'auteur résume la conception.

La propagande ne devient utile qu'après les réalisations précédentes.

L'auteur signale ensuite les organisations de l'Institut de Stomatologie. Dès 1935, polyclinique dentaire infantile avec trois services : clinique dentaire infantile, technique opératoire infantile et orthopédie dento-faciale. Projet d'une clinique dentaire scolaire spéciale. Journées odonto-stomatologiques de Lille en 1937 sur la prophylaxie et le traitement des maladies bucco-dentaires infantiles. Il rappelle les projets non suivis.

Les services de soins de l'Institut furent débordés par le nombre de clients et la propagande fut inutile. De nombreux enfants furent traités.

Le dernier projet prévoit un centre principal complet avec services spéciaux de radiographie, chirurgie, orthopédie dento-faciale, et des centres secondaires de soins courants.

En attendant, une clinique où les meilleurs étudiants pourront travailler sous la direction d'un chef de service est en voie de réalisation. L'inspection devant être réalisée par les jeunes élèves.

Un tarif de remboursement est prévu D ou K x 2, en clientèle, D ou K x 1 en centre hospitalier, consultation médicale pour l'A. M. G.

Le fonctionnement de la *Clinique dentaire scolaire de Tourcoing*, créée en 1928, et de la *Clinique dentaire de la ville d'Hellemmes* est exposé. Il s'agit surtout de soins d'urgence.

Les projets sont d'améliorer et continuer l'enseignement, de réaliser la clinique dentaire scolaire pour les soins, d'inspecter les enfants des écoles de la ville de Lille. La propagande sera entreprise dès qu'elle semblera utile.

Des études seront poursuivies sur la prophylaxie.

En conclusion. — L'organisation de l'hygiène dentaire scolaire est indispensable. Il faut d'abord réaliser l'enseignement des spécialistes ; un diplôme spécial serait utile pour désigner les praticiens qualifiés. Une année obligatoire de stage dans un service dentaire scolaire serait possible pour assurer les soins.

Des cliniques dentaires scolaires doivent pouvoir assurer les soins.

L'inspection par un spécialiste qualifié est à envisager deux fois par an.

La propagande doit consister surtout à donner des conseils d'hygiène aux parents. L'inspection et les soins doivent être obligatoires sous peine de déchéance des droits d'enseignement scolaire, de soins médicaux ou de séjour en colonies de vacances.

Nos efforts doivent se concentrer sur la prophylaxie.

L'Orthopédie Dento-Faciale dans le cadre de l'Hygiène Dentaire Scolaire, par M. André BESOMBES (Paris).

L'auteur souligne l'intérêt des sociétés qui réunissent les confrères après leurs études pour compléter l'enseignement et resserrer les liens amicaux. L'orthopédie dento-

faciale a été introduite dans l'examen scolaire et figure sur les fiches. Ces documents portent ainsi : l'inventaire des caries, la nécessité du traitement orthodontique et de l'hygiène buccale. Il insiste sur l'examen précoce, l'âge de six ans étant trop tardif pour arrêter les caries conséquences de malformations. Il rappelle les règles classiques de diagnostic : Bogue, Pont, Izard ; l'importance des habitudes facheuses. Il insiste sur la prophylaxie. Pour les honoraires, la visite de prophylaxie est admise dans la région parisienne avec le coefficient K x 2, la consultation complète d'orthopédie dento-faciale avec le coefficient K x 7,5. Il rappelle l'insuffisance du nombre des spécialistes pour réaliser la totalité de soins et traitements spéciaux.

Nécessité d'un tarif de remboursement substantiel pour ne pas augmenter les charges de famille. Les examens spécialisés maxillo-faciaux doivent prendre place dans l'organisation prévue par les récentes ordonnances.

Il insiste sur l'orthopédie dento-faciale préventive, sa facilité, son retentissement physiologique profond. Il faut d'abord la prophylaxie et le traitement des caries, puis surveiller les phénomènes de dentition, enfin appliquer des traitements aussi précoces que possible.

Contribution à l'étude de l'hygiène dentaire scolaire, par M. Robert MARTIN (Soissons).

Pour l'hygiène dentaire, l'auteur envisage : 1° L'organisation de l'instruction bucco-dentaire des enfants ; 2° La surveillance de la propreté et de la santé buccale ; 3° La création de centres odontotechniques scolaires où les enfants recevront les soins nécessaires.

L'enseignement bucco-dentaire ne peut être fait par les praticiens qui perdraient un temps utile, mais par l'instituteur. *La pratique de l'hygiène dentaire* est conseillée par brossage des dents matin et soir à l'école. *L'inspection bucco-dentaire* prendrait trop de temps même à 5 minutes par élève. Il est préférable que le médecin inspecteur sélectionne les enfants à envoyer au centre odontotechnique. L'infirmière sociale encouragerait les parents à faire réaliser les soins. *Les centres odontotechniques scolaires* seraient non chez les praticiens mais dans des locaux spéciaux. Au début dans les hôpitaux. Les centres donnant tous les soins, en collaboration avec les services hospitaliers. L'auteur expose ses conceptions sur le personnel, la comptabilité, le matériel et les locaux. Il conclut sur l'importance de l'hygiène dentaire scolaire, passée du domaine privé dans l'officiel.

M. Maurice VINCENT rappelle la conformité de vue entre le Comité National d'Hygiène Dentaire et la Confédération Nationale des Syndicats dentaires. Mais le Syndicat voulait propagande et dépistage en réservant les soins aux praticiens. Les résultats de la propagande sont certains. Il souligne la création d'une nouvelle direction au Ministère de l'Education Nationale pour l'hygiène scolaire et universitaire. Il insiste sur l'importance donnée à juste raison aux soins sans lesquels le dépistage n'est qu' « un coup de chapeau à la maladie ». Il engage les confrères à soigner les enfants pour éviter la création de cabinets dentaires spéciaux pouvant ultérieurement traiter les parents. Il faut que les honoraires soient équitables et en rapport avec l'effort réalisé.

Le Docteur MARCHAND précise le point de vue officiel. Le dentiste de famille sera respecté.

M. BESOMBES estime que les conférences des Instituteurs sont moins efficaces que celles des praticiens. L'inspection est également utile et se traduit par un afflux de petits clients chez les dentistes de la région. L'examen par un non-spécialisé peut être utile comme dégrossissage, mais seul, le spécialiste peut faire un examen complet. La fiche nationale est simplifiée mais permet des statistiques intéressantes. Nous devons nous intégrer dans les examens de santé.

Le Docteur SOLEIL conclut. — Nous sommes tous d'accord sur le but, or tous les moyens sont bons. La réalisation parfaite immédiate étant impossible, il faut procéder par étapes. Le dépistage, la propagande sont bien, mais l'organisation des soins doit se faire. Dès maintenant, nous devons assurer une partie des soins infantiles. Admettons qu'une inspection superficielle est préférable à rien. Les soins bon marché coûtent cher par leur inefficacité. Les confrères doivent être honorés, mais ils doivent dans l'avenir être considérés comme des auxiliaires sur qui on peut compter.

*
* *

Prochaine réunion le dimanche 8 *décembre* 1946, à 9 h. 30, Faculté de Médecine de Lille, amphithéâtre n° 6, entrée par la place Philippe Lebon.

9 h. 30. — Deuxième conférence d'actualité stomato-odontologique, Dr Georges CARLIER. — *Répercussions des interventions chirurgicales sur l'état général.*

10 h. 30. — Dr A. J. MARTIN (Paris). — 1° *La rétention simple et efficace des prothèses adjointes soutenues* ; 2° *Présentation d'un type de prothèse amovible.*

11 h. 45. — La semaine d'études techniques de l'Ecole de Stomatologie.

Compte rendu par le Dr Georges CARLIER.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 20 OCTOBRE 1946

RAPPORT DU Dr AUDY, PRÉSIDENT

Tous les événements de ces dernières années ont empêché les réunions de véritables assemblées générales, celle de l'année 1944, ayant été, par suite des difficultés de communications plus théorique que réelle.

Nous sommes heureux que celle d'aujourd'hui compte un nombre respectable de confrères de province, car si Paris est le cœur de la France, il ne faut pas oublier que les membres sont indispensables à la vie du corps tout entier et nous espérons et désirons fermement que toute la France professionnelle participe à la vie de notre *Association Générale des Dentistes de France.*

Aucun groupement professionnel plus que le *Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris* n'a formé autant de praticiens distingués. Notre grand désir est de les rassembler, sinon en personne, tout au moins en pensée, pour constituer dans la France Métropolitaine, dans la France d'Outre-Mer et dans les pays du monde entier, une élite toujours à l'affût des progrès scientifiques dentaires.

Quelques-uns parmi vous, mes chers confrères, font partie de notre recrutement le plus récent du fait qu'ils ont bien voulu répondre à notre appel des premiers mois de cette année de regrouper ici les anciens élèves de l'E. D. P. ; je les remercie d'avoir entendu notre voix diffusée modestement dans les cinq parties du monde et de ne pas nous avoir opposé le dicton : « *Vox clamans in deserto* ».

Je les félicite de l'empressement mis à nous apporter leur adhésion, et quelquefois mieux, l'exposé de desiderata que nous nous efforcerons de satisfaire et je pense que tous nous tirerons un profit de cette *collaboration spirituelle par les progrès de L'Odontologie.*

Excusez-moi mais je viens de prononcer trois mots qui sont tout notre programme : collaboration, progrès, odontologie.

Les vieux documents de notre Association portent en exergue « Union et Progrès » ; permettez que nous les complétions par ces mots que je viens de prononcer et que je vous demande la permission de compléter rapidement.

Plus que jamais dans le monde présent, la vieille formule « *Vœ soli* » ne s'est appliquée au monde actuel : l'isolé ne compte plus ; on vous rabat les oreilles de national, de social, etc..., l'union de tout ce qui n'est pas par trop disparate s'impose plus que jamais. Dans le domaine scientifique professionnel qui est le nôtre, l'union doit se traduire par collaboration.

Je sais que ce mot a été pris ces dernières années dans un sens péjoratif et que c'est non seulement une injure que d'être qualifié de collaborateur, mais que c'est un terme qui a quelquefois servi seul d'argument à l'assouvissement de rancunes personnelles. Ce n'est pas dans ce mauvais sens que je l'entends, mais dans son sens large et étymologique de travailleurs associés à mener à bonne fin une même tâche. Et quelle meilleure tâche, entre nous, que de participer au progrès de notre chère profession.

Depuis notre dernière véritable assemblée générale de 1939, des organismes officiels ont été créés ou se sont rétablis. Mais sans vouloir critiquer leur action, quels progrès scientifiques ont-ils réalisés ? L'Ordre demandé par toutes les professions médicales ou para-médicales créé en 1941, réformé en 1945, vous a tous enrôlés dans un Tableau national ; s'il a pourvu à notre ravitaillement professionnel, il doit veiller au maintien de la moralité professionnelle. Voilà son rôle légalement et strictement défini ; ne voyez là d'ailleurs aucune critique, mais la simple constatation de ses buts bien suffisants pour absorber l'activité de ses dirigeants. L'Ordre reste le gardien et le défenseur des intérêts moraux de la profession.

Peut-être, dans les années troublées que nous venons de passer, cette fonction a-t-elle été quelquefois atténuée. A la libération, de nouvelles équipes, dont la composition disparate explique le désaccord qui régnait dans leur sein, se sont, au titre de la « Résistance Dentaire » emparées des leviers de commande. Elles n'ont pas tardé à s'apercevoir, *et c'est tout à l'honneur de la Profession dentaire*, que les hommes qui, pendant les années terribles, ont assumé la délicate fonction de diriger la profession, n'avaient pas failli au *Devoir.* Et aujourd'hui que les passions sont apaisées, *nous les en félicitons et les remercions* de tout ce qu'ils ont pu faire.

Heureusement, notre pays, quoi qu'on dise, jouit d'une sagesse relative, les choses se sont tassées ; les nouveaux ont acquis de l'expérience, les anciens ont été remis en place et un fameux Code de déontologie, mis en préparation, est actuellement en voie d'achèvement et va bientôt satisfaire les desiderata de tous les praticiens qui aspirent à voir leur profession forte et honorée.

A côté de l'Ordre, sont reconstitués les syndicats (syndicats départementaux groupés dans la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires supprimée pendant l'occupation) ; ils renaissent de leurs cendres et reprennent peu à peu leur action effective, de s'occuper des intérêts *matériels* de leurs membres ; c'est à eux que reviennent les discussions et conventions avec les organismes officiels et privés ayant recours à notre profession. Ici j'ouvre une parenthèse pour dire de suite que notre A. G. D. F. avait pris, en 1909, le qualificatif de « Syndicale », mais qu'ayant abandonné ce titre au moment de la création de la C. N. S. D., elle ne s'est pas trouvée, de ce fait, prise dans la dissolution des syndicats. Cela n'a d'ailleurs pas été sans peine mais, notre Bureau, grâce à la bienveillance des dirigeants de l'Ordre d'une part et grâce aux connaissances juridiques et à la diplomatie tenace de notre trésorier Fontanel, a réussi à conserver l'existence et surtout l'actif en Caisse de notre Association. Cela nous a permis pendant l'occupation une activité réduite, certes, et pas toujours sans risques, évoluant souvent en marge de la sévère réglementation officielle. Je n'en citerai, comme exemple, que la mise sur pied de deux réunions dites « d'information » tenues ici même en 1941 et 1942 avec communications scientifiques et exposition de fournisseurs et surtout à cette époque d'interdiction de paraître pour *L'Odontologie*, la publication de deux substantielles brochures, dites « Comptes rendus de la Société d'Odontologie », envoyées à tous les abonnés de notre journal, que nous avons pu toucher.

Voilà, en effet, comment nous concevons ici le « Progrès » deuxième terme de l'exposé que je m'excuse de faire si long, des buts de notre A. G. D. F. Le progrès, comme je vous le disais il y a un instant, est inné dans notre profession. Des esprits mal informés douteront des progrès réalisés en art dentaire, mais pour moi qui, tout au cours de ce siècle, ai coudoyé des professionnels, je ne puis m'empêcher de trouver ces progrès formidables ; mon grand-père, en 1840, était un virtuose de la clef de Garangeot ; il a pratiqué les obturations au soufre colloïdal et à l'amalgame d'argent obtenu avec la limaille de vieux couverts. Plus tard, il pratiquait la pulpectomie et l'extirpation des filets radiculaires à l'aide d'une soie de porc (voyez asepsie). Le traitement des paradontoses, moins fréquentes et moins catastrophiques à cette époque qu'actuellement d'ailleurs, consistait en détartrage et alcoolats aromatiques. A une époque plus rapprochée, mon père, diplômé de cette Ecole en 1889, a pratiqué la dentisterie précurseuse de celle d'aujourd'hui. J'aurais mauvaise grâce à rappeler à des confrères avertis comme vous, les progrès réalisés depuis la création de cette Ecole et la fondation de notre A. G. D. F. Notre but est donc de continuer la tradition de nos prédécesseurs, et d'être convaincus que rien n'est définitif en ce bas monde tant qu'un perfectionnement est prévisible. Ce n'est pas à des dentistes comme vous que j'ai besoin de développer cette thèse. Le progrès dans toutes les branches de notre profession est notre idée directrice et le seul désir que je puisse émettre est que chacun de vous veuille bien prendre la peine de diffuser l'objet de ses méditations et les résultats obtenus. Le moyen, je vous l'indique tout de suite, c'est notre journal *L'Odontologie* et je suis certain que vous en lisez attentivement les articles, et que vous avez constaté, à la faveur des circonstances, son retour à une présentation matérielle normale depuis ces derniers temps, mais si votre journal a pu, sans trop d'interruption, paraître toutes ces années passées, je crois devoir vous mettre au courant, sans fausse modestie, des embûches et des traquenards qu'il a surmontés.

Le problème a été posé brutalement en septembre 1940, lorsqu'une mise en demeure de justifier de la qualité de pur aryen a été imposée aux comités de rédaction de tous les journaux français.

Le Comité de Rédaction de *L'Odontologie* refusa complètement de se plier à ces exigences et la suppression pure et simple de *L'Odontologie* fut un moment envisagée, mais devant les funestes conséquences d'une telle mesure on fit appel à une nouvelle équipe pour maintenir le journal.

Notre confrère Loisier, auquel je tiens à rendre ici un hommage tout particulier pour la compétence technique, la ferme diplomatie et l'esprit de résistance occulte qu'il a déployés dans ces circonstances, accepta les fonctions de Secrétaire de la Rédaction et Administrateur-gérant, tandis qu'on me demandait personnellement comme Rédacteur en chef et Directeur.

Réduction du nombre de pages, interdiction de publicité, contrôle des articles par la censure, interminables délais d'autorisation de paraître, toutes les brimades imaginées par une administration étrangère et brutale, nous furent imposées, mais fidèles à notre Editorial d'octobre 1940, *L'Odontologie* continua « clopin-clopant », et grâce à la ténacité de Loisier, elle continua jusqu'en août 1944.

A cette époque, le numéro de juillet-août, imprimé, sous bandes, attendait à l'imprimerie la réouverture du service postal interrompu par les opérations (et aussi les destructions militaires) de la libération. Mais le 5 septembre, une circulaire du Ministère de l'Information demandait, pour tous les journaux, la composition des Comités de rédaction.

L'ancien Comité de 1939, à une époque où le Secrétaire de la Rédaction Administrateur-gérant et son Rédacteur en chef Directeur étaient bloqués en Province, convoqué précipitamment, résolut de reprendre la direction de *L'Odontologie* (1) et, espérant une autorisation de reparaître plus rapide, nous remercia purement et simplement de notre action pendant les quatre années sous la botte nazie ; la parution rapide mit huit mois à être autorisée et c'est seulement en février 1945 que vous reçûtes le numéro de juillet-août 1944.

Depuis cette époque, les améliorations matérielles ont permis — les circonstances redevenant plus normales — de vous donner une revue présentable, où le cadre ne le cède pas à l'intérêt des articles scientifiques. Vous avez pu constater à la suite de ces articles, l'extension que nous donnons au « Bulletin de l'A. G. D. F. », nous voulons, en effet, que nos sociétaires soient au courant de l'action journalière de notre Association dant tout ce qui intéresse notre profession ; cette extension nous a valu l'approbation et les encouragements de nombreux membres qui déploraient comme nous l'absence d'informations détaillées et fréquentes émanant de nos organismes officiels.

Je laisse à notre Secrétaire Général le soin de vous donner le compte rendu de nos interventions dans les différents Ministères qui nous régissent et nous arrosent copieusement de leurs décrets et ordonnances.

Très brièvement, laissez-moi vous dire que notre Association se tient en contact étroit avec toutes les sociétés scientifiques. Elle a été, ces années passées, représentée aux Congrès de l'A. F. A. S., aux « Journées Dentaires de Paris », aux « Journées Dentaires Belges » à Bruxelles, aux séances d'études de la C. T. I. (Confédération des Travailleurs Intellectuels) et les séances mensuelles de notre Société d'Odontologie sont toujours assidument suivies.

Elle continue et améliore ses œuvres d'entr'aide confraternelle ; elle a augmenté le taux des bourses d'études à cette Ecole pour les Etudiants studieux et peu fortunés, devant la carence de l'aide officielle qui a répondu aux demandes de nos étudiants que les bourses de l'Etat n'étaient pas attribuées aux élèves de l'enseignement libre, ce qui constitue, sans doute, une interprétation erronée des textes légaux, notre enseignement supérieur libre n'ayant aucun caractère confessionnel et n'étant nullement concurrent de l'enseignement « officiel » défaillant pour notre profession.

Elle a relevé le taux de cotisation et, de ce fait, l'allocation de « l'Aide immédiate en cas de décès ».

Elle a distribué au cours des années catastrophiques écoulées de nombreux secours aux confrères sinistrés.

Pour conclure, et pour toutes ces raisons, nous vous demandons de faire autour de vous de nouveaux adhérents ; notre désir serait que tous les anciens élèves de cette Ecole soient membres actifs de notre Groupement. Reportez-vous à notre appel du début de l'année (des lettres peuvent être mises à votre disposition), que votre nombre accroisse encore l'autorité morale et nos possibilités matérielles de parler aux Pouvoirs Publics et autres Organismes, au nom de nos adhérents, les membres les plus avertis de notre chère profession.

---

(1) Le Comité de rédaction actuel de *L'Odontologie* tient à spécifier que, contrairement à cette affirmation de M. AUDY, ce n'est pas sur sa propre initiative, mais bien sur la demande formelle de la direction du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris qu'il a repris la direction du journal. Maurice ROY.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

Rapport de M. FONTANEL

Trésorier
à l'Assemblée Générale du 20 Octobre 1946

Mes chers confrères,

En tant que trésorier, je constate que « l'Aide immédiate » ne semble pas intéresser la profession ; les jeunes ont confiance dans la vie, ce qui est très naturel, mais cependant, cela ne devrait pas exclure pour eux l'idée de prévoyance ; nul ne peut affirmer qu'il est à l'abri du malheur.

D'autre part, nous avons toujours prouvé que notre profession ne manquait pas de l'esprit de solidarité. S'inscrire *jeune* à « l'Aide immédiate », c'est aider les siens à parer aux premiers chocs après le malheur, s'il survient ; c'est contribuer à l'assistance des vieux ménages de confrères dans l'embarras quand le malheur arrive.

Pendant des années, les confrères ont dit avec juste raison que le secours versé était insignifiant, donc, sans intérêt ; mais maintenant, malgré la diminution du pouvoir d'achat du franc, le secours devient plus intéressant et pourrait devenir *très intéressant* si nous avions des adhérents plus nombreux.

En effet, par suite du versement de 100 *francs* par membre à chaque décès, comme il y 253 membres, cela représente 25.300 fr. à recevoir par la famille du décédé.

Nous supposons 800 membres — ce qui n'est pas énorme quand il y a 9.000 praticiens — cela ferait un secours de 80.000 fr. Ces chiffres devraient vous frapper et vous entraîner à faire de la propagande pour cette œuvre intéressante. Depuis la décision de l'augmentation, deux décès se sont produits et chaque famille a reçu environ 25.000 fr.

NOTA. — Nous rappelons que, en vertu de l'article 5 du règlement, la limite d'âge pour l'admission des membres participants est fixée à 45 ans.

NÉCROLOGIE

Gaston DESFORGES
(1875-1946)

C'est avec un profond regret que nous avons appris la mort de Gaston Desforges à Varennes-en-Gâtinais, son pays natal, où il s'était retiré depuis quelques années après avoir longtemps exercé à Paris. C'est un collègue, un professeur estimé de tous qui disparaît après une vie toute de travail, comme l'a montré toute sa carrière.

Il se destina d'abord à la pharmacie et fut à ce titre, interne des hôpitaux, puis pharmacien de 1re classe. Ayant alors décidé d'embrasser l'art dentaire, il entra à l'Ecole Dentaire de Paris d'où il sortit diplômé en 1901. Toujours soucieux d'augmenter la somme de ses connaissances, et malgré ses occupations professionnelles absorbantes, il entreprenait, plus tard, ses études médicales et, en 1923, il obtenait son doctorat en médecine avec une thèse sur *Le mal perforant buccal*. Ce signe du tabès supérieur, dont il réunissait, outre une observation personnelle, une trentaine d'autres observations de cette affection, somme toute, assez rare.

Nommé préparateur de dentisterie opératoire à l'Ecole Dentaire de Paris, en 1902, il se consacra par la suite à l'enseignement de l'anesthésie ; il fut nommé, en 1906, après concours, chef de clinique de cette spécialité dont il devint professeur suppléant en 1912 et enfin professeur titulaire en 1919, poste qu'il occupa jusqu'à sa retraite.

Excellent pédagogue, Desforges, très instruit de tout ce qui concernait l'anesthésie, tant locale que générale, savait, tout en leur enseignant une technique précise, inculquer à ses élèves les règles de prudence indispensables en la matière.

Membre du Conseil d'administration de l'Ecole pendant un certain temps, il fut également membre pendant 32 ans du Conseil de la Société coopérative des dentistes de France, auquel il apporta une précieuse collaboration par les grandes qualités de droiture et de grand bon sens ; lors de son départ, il avait été nommé administrateur honoraire. En tant que président de cette Société, je lui dois, au nom de celle-ci, un particulier témoignage de reconnaissance.

Au nom du groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, au nom de tous ses anciens élèves, j'adresse un souvenir ému à la mémoire de cet excellent collègue avec l'expression de notre douloureuse sympathie à sa famille parmi laquelle figure son beau-frère, notre confrère et ami M. Fié.

Maurice Roy.

Raymond LEMIÈRE
(1879-1946)

Raymond Lemière, professeur honoraire à l'Ecole Dentaire de Paris, vient de mourir à 67 ans.

Docteur en médecine en 1905, il s'orienta vers l'art dentaire. Entré à l'Ecole Dentaire de Paris, il en sortit diplômé, puis alla en Amérique où il acquit le D. D. S. de l'Université de Pennsylvanie.

Entré dans le corps enseignant de notre Ecole en 1909, comme démonstrateur, il était, après concours, nommé chef de clinique de bridges (1910), puis professeur suppléant de chirurgie dentaire (1912) et professeur titulaire en 1920. En 1928, il abandonna l'enseignement. On lui doit un assez grand nombre de très intéressantes publications, notamment sur l'orthodontie, les bridges, l'anesthésie locale ; on lui doit surtout une traduction française du *Manuel de dentisterie opératoire* de Edward Kirk,

de Philadelphie (1910), gros ouvrage qui n'est pas seulement une simple traduction, mais en même temps une adaptation dans laquelle Lemière, ainsi que le signale Kirk, dans la préface qu'il a écrite pour cette traduction, « a ajouté au texte primitif avec une réelle compétence de nombreuses annotations. Il a mis à jour les questions qui avaient progressé depuis la dernière édition originale en même temps qu'il a éclairci certains points obscurs ». C'est un important traité où sont exposés avec clarté les idées et les techniques des auteurs américains les plus réputés.

Secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris (1911), il fut mon collaborateur, en qualité de secrétaire général, du premier Comité National français d'hygiène dentaire créé en 1911, auquel il s'était dévoué activement ; il est regrettable que Lemière se soit trop tôt retiré du mouvement professionnel actif où, par là même, ses grandes qualités intellectuelles n'ont pas donné tout ce qu'elles auraient pu.

Il avait obtenu la Croix de guerre au cours de la guerre 1914-1918 et avait été fait Chevalier de la Légion d'Honneur.

Raymond Lemière avait été le collaborateur de Charles Godon, dont il devint le successeur; et dont, dans un premier mariage, il avait épousé la fille aînée morte prématurément. Il laisse le souvenir d'un très aimable confrère adonné aux arts dans lesquels il n'était pas dénué de talent et il emporte les bien vifs regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Au nom de l'Ecole Dentaire de Paris et de ses anciens Collègues, nous adressons à sa veuve, nos bien sincères condoléances. Maurice Roy.

Dr Harwey J. BURKHART

Le Dr Burkhart, président d'honneur de la F. D. I., dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, était né à Cleveland, Ohio, le 14 août 1861 ; il fut diplômé du Collège Dentaire de Baltimore après des examens très brillants le 20 mars 1890. Cinquante années plus tard, jour pour jour, il recevait le diplôme honoraire de Dr ès Science de l'Université de Maryland dont faisait partie le Collège de Baltimore.

Quoique né en Ohio, les années de travail fructueux du Dr Bukhart se passèrent dans l'Etat de New-York, plus particulièrement à Rochester. De 1880 à 1915, il vécut à Batavia, dans l'Etat de New-York, pendant ce temps, non seulement il exerça la profession dentaire, mais encore prit une part active dans la politique locale, pendant quinze ans à la tête de l'Enseignement de Batavia et plus tard, devint le premier Maire de cette ville.

C'est au début de la première Grande Guerre Mondiale, en 1914, que le Dr Burkhart attira l'attention de feu George Eastman. A ce moment là, Eastman avait déjà poussé assez loin sa carrière de philanthrope et avec les trois millions de dollars, le Dispensaire Dentaire de Rochester était presque terminé. Eastman fut favorablement influencé par le Dr Burkhart et une étude approfondie des qualités du Dr Burkhart le convinquit qu'il avait trouvé l'homme désiré pour être le premier Directeur du dispensaire. Le Dr Burkhart ne fut pas seulement le premier, mais encore le seul Directeur depuis la création en 1916 jusqu'à présent.

Sa réussite au Dispensaire de Rochester firent de lui tout naturellement le Directeur Général des cliniques dentaires dotées et construites dans cinq capitales européennes peu après 1930, et c'est grâce à ses fréquents voyages outre-atlantique et à ses relations amicales avec les autorités de Londres, Paris, Bruxelles, Rome et Stockolm que ces cliniques furent menées à bien.

Le Dr Burkhart épousa Miss Jane Hingston de Buffalo en 1890. Ils ont eu un fils, Richard H. Burkhart, dentiste professant dans la ville de Noroton, Connecticut. Après la mort de sa première femme, le Dr Burkhart épousa Lou Mercereau Davenport de New-York City. A. E. Rowlett L. D. S. Eng.

Président de la Fédération Dentaire Internationale.

Nous avons appris la mort de M. Marc Vierny, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, décédé le 9 septembre 1946, dans sa 34e année.

M. Gaston Kasier, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a été éprouvé par la mort de son père, M. Raymond Kasier, décédé le 2 août 1946 dans sa 57e année.

Nos sincères condoléances.

NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

COURS THÉORIQUE POUR LES APPRENTIS ET JEUNES MÉCANICIENS EN PROTHÈSE DENTAIRE

Le cours théorique de prothèse pour les apprentis mécaniciens en prothèse dentaire et les jeunes ouvriers préparant l'examen de l'Enseignement technique pour l'obtention du Certificat d'Aptitude Professionnelle de Mécanicien en Prothèse dentaire, commencera à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Paris (9e) ; le mardi 5 novembre, à 9 heures, pour la 1re année ; le vendredi 8 novembre, même heure, pour les 2e et 3e années.

Inscription au guichet n° 5, sur attestation de l'employeur.

XXes JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS (Anciennes journées dentaires Franco-Belges)

21 *au* 24 *novembre* 1946

organisées par le Groupement Odontotechnique de Paris

Le *Comité d'organisation des journées dentaires de Paris* a l'honneur de rappeler à nos Confrères, la date de ces journées qui se dérouleront du 21 au 24 novembre, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (VIe), sous la Présidence effective de M. le Professeur J. Sénèque, Professeur de clinique et de thérapeutique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Afin de faciliter la venue de nos confrères de province qui manifestent le désir de prendre part à cet important congrès, le Comité d'organisation, vient d'obtenir de la Société Nationale des Chemins de Fer, une réduction de 20 % pour les congressistes se rendant aux XXe Journées Dentaires de Paris.

Nos confrères accueilleront avec plaisir cette intéressante nouvelle.

Aussi, nous nous permettons de faire auprès d'eux un appel chaleureux et confraternel, afin qu'ils puissent venir très nombreux pour en assurer le succès.

Agréable et précieuse occasion qui leur permettra d'assister à des séances scientifiques du plus haut intérêt, auxquelles prendront part les personnalités les plus marquantes de notre spécialité.

En participant à cette manifestation professionnelle internationale, ils offriront ainsi un témoignage intangible de notre solidarité confraternelle.

Rappelons que le banquet aura lieu à la Maison des Alliés, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris-8e et qu'à l'issue de ce dernier, un film sera projeté par la Section Cinématographique de l'Armée Américaine, sous le haut patronage de S. E. l'Ambassadeur des Etat-Unis à Paris.

Pour les adhésions, s'adresser à : M. **R. Sudaka**, Secrétaire général des XXes J. D. P., 143, Avenue Emile-Zola, Paris-15e. Téléphone : Ség. 40-99.

Pour les envois de mandats ou versements, s'adresser à : M. **J. M. Blaisot**, Trésorier des XXe J. D. P., 5, Place Voltaire, Paris 11e. C. C. Postaux 2676-48 Paris.

***

DIMANCHE 24 NOVEMBRE 1946. — Après-midi : 14 h. 30

Amphithéâtre Siffre

Séance réservée à la

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Présidence : M. René GABRIEL, Président de la Société d'Odontologie de Paris.

1° M. Jacques FILDERMAN, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris : *Les instruments diamantés.*

2° Dr ALEKSANDER, de Jenia (Pologne) : *La biostatique en prothèse.*

3° Dr PÉRI, Chargé de Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine d'Alger :

Traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur par greffons d'os total. Utilisation de l'anesthésie générale par voie ando-trachéale. Le problème de la contention (Projections).

4° Dr Gérard MAUREL, Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale à l'Ecole Odontotechnique de Paris : *A propos de quelques nouveaux cas d'épithéliomas adamantins* (Projections).

5° Prof. Dr SCHINDLER (Bâle) : *Les lésions traumatiques du follicule dentaire et leurs conséquences* (Projections).

6° Dr René JACCARD et M. GROSJEAN (Genève) : *Le cément vu en lumière réfléchie.*

Le Comité d'Organisation.

UN APPEL DES « ÉQUIPES FRANÇAISES DE MALADES, INFIRMES ET MUTILÉS »

Cette Association nationale indépendante se propose de créer un climat fraternel entre les malades et la communauté nationale, en dehors de toutes considérations politiques et confessionnelles, de représenter et de défendre les intérêts de ces grands malades et d'adoucir leur sort. Elle assure des émissions radiophoniques, des tournées de spectacles et de conférences. Elle va éditer un Bulletin hebdomadaire, « La Cordée » auquel vont collaborer les plus hautes personnalités scientifiques, médicales, littéraires et artistiques. (L'abonnement est de 150 francs pour les personnes — malades ou non — qui souscriront avant le 30 octobre).

Nous conseillons à tous ceux qui souffrent en leur corps de se joindre à la grande famille des « Equipes Françaises de Malades, Infirmes et Mutilés » et nous recommandons bien volontiers aux privilégiés de la vie de faire un geste en faveur de leurs frères infortunés. Livres, jeux, disques, vêtements, gâteries, dons en espèces sont reçus avec reconnaissance au Secrétariat National provisoire : 38, rue Emile-Fourcand, 38, à Bordeaux (Gironde). — C.C.P. Bordeaux 135701.

En outre, l'Association recherche, aux quatre coins de France, des personnes actives et dévouées qui accepteraient d'être Délégués.

UNE FEMME A LA PRÉSIDENCE DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION. — Dans son meeting annuel tenu à Edimbourg, en juillet dernier, c'est une femme, le Dr Lilian Lindsay que la *British Dental Association* a portée à sa présidence pour 1946-47 en reconnaissance de son long et savant travail ininterrompu en faveur de l'Association. Ainsi qu'elle l'a rappelé dans son adresse inaugurale, il y a en effet cinquante et un ans que la nouvelle présidente assistait pour la première fois à un meeting de la B. D. A. Nous lui adressons nos confraternelles félicitations.

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE DES DENTISTES DE FRANCE. — Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale a décerné la médaille de vermeil du Travail à M. Julien Cochery, fondé de pouvoir de la Société Coopérative, et la médaille d'argent du Travail à Mme J. Cochery, une des principales employées de la même Société.

Nous adressons à ces deux fidèles et très anciens collaborateurs de la Coopé., toutes nos félicitations que ratifieront les nombreuses générations de dentistes qui ont été à même d'apprécier leur dévouée compétence.

Fiançailles. — M. Toulet, chirurgien-dentiste à Loches, membre de notre Groupement, nous a annoncé ses fiançailles avec Mlle Bordier.

Nos félicitations.

Mariages. — Le mariage du Dr Jean-Paul Fontanel, avec Mme Denise Legrand, a eu lieu le 30 juillet 1946 à Paris.

Le mariage de M. Gabriel Rémérand, élève à l'E. D. P., avec Mlle Huguette Voisin, a eu lieu à Wattrelos (Nord), le 13 août 1946.

Le mariage de M. André Pasdeloup, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Jeannie Leroux, a eu lieu à Vitry (Seine), le 20 août 1946.

Le mariage de Michel Dion, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Françoise Chambellant, a eu lieu à Saint-Germain-en-Laye, le 11 septembre 1946.

Le mariage de M. Theunynck-Toussaint, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Louise Bonot, a eu lieu le 10 septembre 1946 à Vanosc (Ardèche).

Le mariage de Mlle Suzanne Chertier, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'E. D. P., avec M. Roger Le Petit, a eu lieu à Sancerre (Cher), le 16 septembre 1946.

Le mariage de M. Paul Blanchard, fils de M. Maurice Blanchard, chirurgien-dentiste à Rethel, membre du Corps enseignant de l'E. D. P. et du Conseil d'administration de l'A. G. D. F., avec Mlle Yvonne Heidsieck, a été célébré à Reims, le 23 septembre 1946.

Le mariage de M. Jean Duval avec Mlle Lucette Charpentier, tous deux élèves à l'E. D. P., a eu lieu à Paris, le 8 octobre 1946.

Le mariage de M. Gabriel Fichelle, élève à l'E. D. P., avec Mlle Josette Loustaunau, a eu lieu à Paris, le 12 octobre 1946.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Jean Leblan, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'E. D. P., membre de notre Groupement, et Mme nous ont fait part de la naissance de leur fils Alain, le 13 août 1946.

M. Pierre Courtois, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P. et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur second fils, le 30 août 1946.

Pierre et Jacques Hétroy, fils de M. Hétroy, chirurgien-dentiste à Frévent, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur frère Michel, le 14 septembre 1946.

M. Jacques Chéreau, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Véronique.

Nos sincères félicitations.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

PHLEGMON PÉRI-MANDIBULAIRE D'ORIGINE DENTAIRE TRAITÉ PAR LA PÉNICILLINE

Par le Dr BONNET-ROY

Professeur à l'École Dentaire de Paris

616.314.17.0081

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 juillet* 1946)

Dans les derniers jours d'avril 1946, M. H..., âgé de 46 ans, subissait l'extraction de la dent de sagesse inférieure gauche. L'opération avait été pratiquée sans incident par un excellent chirurgien-dentiste.

Dès le lendemain, se manifestait un trismus qui devint rapidement. très serré, accompagné d'une légère élévation thermique entre 38° et 38°5.

En raison de la persistance de ce trismus, M. H... m'était adressé le 3 mai. Le trismus était très prononcé ; à l'examen extérieur, aucune tuméfaction de la région angulo-mandibulaire ; à l'examen buccal très malaisé, on constatait une infiltration modérée, mais nette de la région rétro-molaire et pré-amygdalienne ; on percevait un ganglion sous-angulo-maxillaire.

Comme il était manifeste qu'il n'y avait encore aucune collection constituée, bien que quinze jours se fussent écoulés depuis l'extraction, je prescrivis des lavages au bock et des sulfamides. Les jours suivants, le malade absorba 18 gr. d'Adiazine à raison de 4 à 5 gr. par jour, auxquels son médecin adjoignit des injections d'un vaccin anti-infectieux.

Les premiers jours, une légère amélioration se produisit, la dysphagie s'atténua, bien que le trismus ne cédât point. La température retomba à peu près à la normale.

Le 10 mai, le malade revenait me voir car la dysphagie avait repris. A l'examen, je ne constatai aucune modification locale : infiltration pré-amygdalienne, pas la moindre tuméfaction extérieure.

Il y avait lieu de penser que l'abcès qui devait vraisemblablement se collecter dans les parties molles en dedans de la branche montante n'était pas encore mûr, mais l'évolution en paraissait anormalement lente.

Le 13 mai, loin de s'améliorer la situation s'était aggravée ; même état intra-buccal, trismus toujours intense, mais en plus, infiltration non

fluctuante de la région massétérine et de la région angulo-mandibulaire ; température à 38°7.

Je décidai, bien que les signes d'une collection fûssent fort douteux, de faire entrer le malade à l'hôpital Saint-Michel pour intervenir. Je me proposais, sous anesthésie générale, d'ouvrir la bouche et d'explorer la région rétro-molaire, dans l'espoir de libérer un abcès sous-muqueux.

Le 14 mai, je procédai à cette intervention. Un décollement de la muqueuse derrière et en dedans de l'alvéole de la dent de sagesse ne donna pas issue à du pus, mais la tuméfaction extérieure étant plus nette, je jugeai prudent de faire une incision extérieure sous-angulo-maxillaire. Cette incision libéra une très petite quantité de pus collecté dans la joue ; je fis communiquer par un drain l'incision extérieure et la cavité buccale. Dans mon esprit, incision et drainage étaient moins destinés à l'évacuation d'une collection qu'à l'aération d'un foyer infectieux dont l'évolution me faisait craindre la diffusion phlegmoneuse voire même anaérobique quoiqu'il n'y eût aucun signe d'infiltration gazeuse. Ce jour-là, la température dépassait 40°.

Dès le lendemain 15, bien que la température fut descendue à 38°5, je fis pratiquer une injection de pénicilline (100.000 unités en quetre injections intra-musculaires dans la journée).

Les quatre jours suivants, la suppuration fut très peu abondante et la température se maintint autour de 38° pour remonter à 39°2 le 18 mai au soir.

Le 19, je fis refaire une nouvelle injection de 100.000 unités de pénicilline. Le 20 au matin la température était à 37° et désormais ne dépassa plus 37°4.

Localement, je supprimai le drain progressivement ; la suppuration restant toujours peu abondante. Le trismus ne céda que très lentement de même que l'infiltration pré-amygdalienne et jugale.

Le 28 mai, le malade quittait l'hôpital. Je l'ai revu une huitaine de jours après sa sortie, ayant recouvré une grande partie de son ouverture buccale, et l'infiltration des parties molles de la joue et de la région pré-amygdalienne ayant disparu.

Il manque évidemment à cette observation, une indication précise du microbe en cause, mais l'action de la pénicilline a été indiscutable et c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de le rapporter. Mieux eut valu faire d'emblée une dose de 200.000 unités que de l'injecter en deux fois.

LES CELLULITES CIRCONSCRITES AIGUES PÉRI-MAXILLAIRES D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Docteur MALINGRE
Stomatologiste assistant des Hôpitaux de Paris

(Cammunication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., Nice, septembre 1946).

Le titre de cette étude vous paraîtra sans doute long et mystérieux. En réalité il caractérise des accidents extrêmement fréquents de la pratique journalière que nous avons l'habitude d'appeler ostéo-phlegmons.

Qu'est-ce qu'un ostéo-phlegmon ? C'est tout simplement la fluxion dentaire banale quel qu'en soit son stade évolutif, aboutissant le plus souvent à la formation d'un abcès chaud.

Ce terme d'ostéo-phlegmon passé dans les habitudes indique l'existence simultanée d'un processus osseux et d'un processus cellulaire (phlegmon voulant dire d'après Lecène « *Inflammation suppurative, circonscrite bien limitée du tissu cellulaire sous-cutané* »).

C'était d'ailleurs là l'opinion de Truffert qui disait que « la lésion se présentait comme une succession d'abcès localisés dans les logettes médullaires formant une chaîne ininterrompue de l'alvéole au tissu périostique », et de Sébileau qui voyait la lésion comme un des abcès térébrants d'abord intra-alvéolaires puis intra-osseux, puis sous-périostés, qui finissent extra-périostés.

Or, il semble que la participation du tissu conjonctif osseux dans ces lésions soit minime sinon nulle. Ruppe, apercevant déjà ce fait, écrivait que « l'accident dentaire habituel est caractérisé par la faible participation du tissu osseux à l'infection, le pus ne faisant que transiter de la région péri-apicale au périoste ».

Enfin, avec le Professeur Dechaume, on arrive à la notion purement cellulaire de cette affection. Pour lui, seul l'agent microbien cheminerait de la région du péri-apex vers les espaces cellulaires où sa présence déterminerait l'apparition d'une réaction inflammatoire.

Voila pourquoi nous préférons le terme de cellulite à celui d'ostéo-phlegmon ; une deuxième raison réside dans ce fait que cellulite ne présage nullement du stade *évolutif* de l'affection, tandis que phlegmon indique le stade suppuratif et nous avons journellement l'occasion d'observer des fluxions dentaires qui se terminent dans la constitution d'un phlegmon, ou abcès chaud.

Les cellulites péri-maxillaires sont habituellement limitées ; elles aboutissent le plus souvent à la constitution d'une collection bien circonscrite ; rarement elles s'étendent à toutes les loges cellulaires de la face en même temps qu'elles prennent un aspect gangréneux. Ce sont les cellulites diffuses dont le type est l'angine de Ludwig ; nous les éliminons du cadre de cette étude, ce qui explique le deuxième terme de notre titre : cellulite circonscrite.

Enfin, nous n'étudierons que les manifestations aiguës, laissant de côté les cellulites chroniques.

L'étiologie des cellulites péri-maxillaires d'origine dentaire est dominée par la mono-arthrite apicale. Plus rarement, il peut s'agir d'un accident lié

à l'éruption d'une dent, en particulier à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure.

Enfin, plus accessoirement l'origine peut en être un cul-de-sac pyorrhéique lié à l'évolution d'une paradentose. Dans les deux derniers cas, la propagation de l'infection se fait directement de la lésion initiale au tissu cellulaire dans laquelle elle évolue d'emblée. On conçoit, par exemple, la facilité avec laquelle une péri-coronarite peut donner un abcès de la joue.

Lorsqu'une mono-arthrite apicale, aiguë ou chronique réchauffée, suppurée ou non est à l'origine de la cellulite, il y a entre la lésion initiale péri-apicale et la réaction cellulaire, un espace indemne habituellement de toute réaction inflammatoire, c'est l'os ; il n'a servi que de lieu de transit à la migration microbienne sans en souffrir. Parfois, au contraire, il devient le siège d'une réaction congestive intense ; il s'agit alors de l'évolution d'une ostéite : c'est la rareté.

En dehors de la tuméfaction inflammatoire, symptôme constant, les signes des cellulites aiguës varient avec leur siège. Un certain nombre de conditions anatomiques en déterminent l'aspect et la fréquence.

Ce sont :

l'épaisseur des tables osseuses ;
la situation des apex par rapport aux insertions musculaires.

Au maxillaire supérieur. — La table externe est infiniment plus mince que la table interne constituée par la voûte palatine. Les cellulites évoluent donc en avant et en dehors vers le vestibule à l'exception de celles dont le point de départ est une incisive latérale ou une racine palatine de molaire, l'évolution se faisant alors en dedans et déterminant l'apparition d'un abcès sous-périosté, il n'y a pas de tissu cellulaire au niveau de la voûte palatine, il ne peut donc y avoir de cellulite anatomiquement parlant.

Enfin la collection est d'autant plus haute que la racine est plus longue.

Au maxillaire inférieur. — Les racines des dents antérieures sont tout près de la table externe très mince au niveau des incisives.

Les racines des dents postérieures se rapprochent de la table interne, la dent de six ans se trouvant à peu près à égale distance des deux tables osseuses. Il en résulte que les cellulites dues aux incisives, canines, et premières prémolaires évoluent constamment en avant et en dehors.

Les cellulites dues à la deuxième prémolaire et à la première molaire évoluent indifféremment en dehors ou en dedans.

Les cellulites dues aux mono-arthrites apicales des deuxième et troisième molaires évoluent plutôt en dedans.

Enfin sur la table interne du maxillaire inférieur s'insère le mylohyoïdien sur une ligne oblique en bas et en avant. Ce muscle sépare le plancher de la bouche situé au-dessus de lui, de la loge sous-maxillaire située en dessous.

Les collections inflammatoires des dents postérieures (dent de sagesse et dent de douze ans) ont tendance à s'extérioriser au-dessous du muscle, donc dans la loge sous-maxillaire.

Les collections dues à la dent de six ans et à la première prémolaire lorsqu'elles évoluent en dedans, s'extériorisent souvent au-dessus du mylohyoïdien dans le plancher de la bouche ou loge sublinguale.

Nous avons dit que les cellulites périmaxillaires présentaient deux stades évolutifs.

Le stade de congestion et d'œdème marqué par une fluxion péri-maxillaire ; c'est la cellulite séreuse ;

Le stade suppuratif ou de formation d'un abcès ; c'est la cellulite phlegmoneuse.

Le premier est constant ; fréquemment sous l'influence du traitement ou spontanément, il peut rétrocéder, sans évolution, vers le stade phlegmoneux ; c'est alors la fluxion dentaire banale, d'observation courante.

La symptômatologie est avant tout marquée par l'existence :

d'une tuméfaction : rougeur, œdème et chaleur locale des téguments ; peu de signes généraux ; par contre, apparition de signes douloureux.

des signes dentaires caractérisés par l'existence d'une mono-arthrite apicale : mobilité de la dent, douleur à la pression.

du trismus lorsque la mono-arthrite siège sur une dent postérieure.

Le stade suivant est caractérisé par la formation d'un abcès avec augmentation de tous les signes : signes généraux : fièvre, insomnie, céphalée, parfois ; douleur intense ; tuméfaction devenant plus considérable avec une peau rouge, tendue, douloureuse.

Apparition de la *fluctuation*, souvent difficile à rechercher ; faire une ponction s'il y a lieu. Sans intervention, évolue vers l'ouverture.

Tel est le tableau d'ensemble.

Il y a des formes cliniques d'après la localisation :

Maxillaire supérieur : sous-narinaires, ou au niveau du sillon naso-génien ; rarement vestibulaire.

Région canine : angle interne de l'œil.

Région molaire : soit vestibulaire sous le buccinateur ; soit génienne sur le buccinateur ; soit massétérine, très rare.

Maxillaire inférieur : phlegmon des molaires et des prémolaires.

Table externe : deux variétés : au-dessus du buccinateur, *vestibulaire* ; au-dessous du buccinateur, *génien*.

Phlegmon face interne : au-dessus du mylo-hyoïdien : abcès loge sublinguale ; au-dessous du mylo-hyoïdien : abcès loge sous-maxillaire ; phlegmon de la face interne de la branche montante ou juxta-amygdalien.

Variété particulière : phlegmon loge massétérine caractérisé par le peu d'importance de la tuméfaction, l'intensité de la douleur et du trismus.

Phlegmon des canines et des incisives : toujours vestibulaire ; au-dessus ou au-dessous de l'insertion des muscles de la houppe du menton.

Diagnostic. — Souvent facile.

Kystes radiculo-dentaires infectés ; la syphilis, la tuberculose, le cancer ne seront discutés que très exceptionnellement.

L'actinomycose ne peut s'éliminer que par des examens de laboratoire.

Les abcès sous-périostés se voient surtout chez les enfants.

Reste le diagnostic différentiel beaucoup plus fréquent : l'ostéite ; l'adéno-phlegmon.

L'ostéite est au début, un ostéo-phlegmon qui ne guérit pas, qui traîne et dans le tableau clinique duquel apparaissent deux signes importants :

l'un est constant, c'est la mobilité pluri-dentaire ;

l'autre est inconstant, mais revêt un grand intérêt lorsqu'il existe : c'est le signe de Vincent ou anesthésie dans le territoire du mentonnier.

L'adéno-phlegmon est rare, il complique généralement une infection rhino-pharyngée ou une lésion gingivale.

Marqué par l'évolution d'une grosse tuméfaction n'adhérant pas à l'os et caractérisé par le peu d'importance ou l'absence de trismus.

ÉTUDE SUR L'ORIGINE HÉPATO-INTESTINALE DE CERTAINES GINGIVITES

Par le Dr BOISNIÈRE (Cannes)

616.311.2 002

(*Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., Nice, septembre* 1946).

Nous avons eu l'occasion, au cours de ces deux dernières années (1944, 1945), d'examiner et de traiter plusieurs centaines de cas de gingivites et stomatites.

Leur fréquence à une période donnée, nous a frappé, et, du fait qu'elles atteignaient plutôt les collectivités que les individus isolés, nous avons été amené, au cours d'une précédente étude, à admettre la notion de leur épidémicité.

Or, au cours de nos travaux, notre attention a été attirée par le fait que, dans les cas pathologiques observés, nous n'avons presque jamais eu à faire au streptocoque, qui avait été accusé d'être l'agent pathogène de la plupart des affections similaires antérieurement constatées et décrites.

Les nombreuses recherches bactériologiques que nous avons effectuées, ont décelé la présence, dans un pourcentage frappant, des germes digestifs et intestinaux. Colibacilles, entérocoques, staphylocoques, proteus. Ces résultats nous ont conduit à donner droit de cité à l'hypothèse hépato-intestinale de ces infections gingivales.

Les gingivites que nous avons étudiées, sont des maladies d'origine microbienne, s'attaquant aux muqueuses gingivales, puis buccales.

Leur tableau clinique varie avec les diverses phases de leur évolution.

Le début en est insidieux, sans gros fracas. Le malade accuse des douleurs mal localisées, des fourmillements au niveau des gencives et des dents. Ces dernières deviennent sensibles au choc. Les gencives sont rouges, gonflées, avec tendance à l'hémorragie. Celle-ci peut être provoquée ou spontanée, souvent nocturne dans ce dernier cas. La gencive ne présente pas encore de signes d'infection.

Brusquement, en quelques heures, les douleurs augmentent d'intensité, les tissus s'œdématisent, une sialorrhée abondante accompagne une dysphagie marquée. L'haleine devient fétide, la température évolue aux environs de 40°.

La gencive est rouge sombre, tomenteuse, décollée du plan sous-jacent, les languettes gingivales sont gonflées, saignant au moindre contact, un liséré gris, jaune, ou verdâtre, souligne de façon plus ou moins continue, le collet des dents, mobiles et douloureuses. Il est formé d'un magma fibrineux, qui prend déjà des allures de fausses membranes.

L'infection gagne tous les collets dentaires. Des plaques grisâtres, non confluentes, de superficie variée, envahissent la gencive, puis, la face interne des joues, le voile du palais, les amygdales. Une fausse membrane grisâtre et adhérente, recouvre des ulcérations irrégulières à fond rougeâtre et granuleux, parsemées de points hémorragiques. La température se maintient élevée.

---

(1) Nous adressons nos plus vifs remerciements à notre confrère Aprin, Directeur et Préparateur du Laboratoire d'Analyses Biochimiques de Cannes, pour l'aide si précieuse et compétente qu'il nous a apporté dans nos recherches bactériologiques.

Peu à peu, sous l'influence du traitement, les signes cliniques deviennent moins tragiques. La température baisse, les symptômes d'infection subaiguë disparaissent.

La gingivo-stomatite évolue alors vers la guérison, ou la chronicité, ouvrant dans ce dernier cas, la porte à une nouvelle entité pathologique : La pyorrhée alvéolo-dentaire.

Pour nos recherches bactériologiques, nous avons pratiqué les techniques suivantes :

Après prélèvement et étalement sur lame d'un fragment de l'exsudat gingival, nous avons d'abord coloré notre frottis au bleu de méthylène, pour permettre l'examen des éléments cytologiques. Nous avons ensuite employé le procédé de coloration de Gram, pour l'identification microscopique de la flore et nous avons réservé la méthode du Ziehl pur, pour la meilleure lecture des fuso-spirilles.

Au point de vue cytologique, nous avons rencontré régulièrement des polynucléaires en voie de cytolise associés à des cellules épithéliales et à de la fibrine.

Quant à la flore décelée, elle a été d'une grande régularité. Dans presque tous les examens, nous avons trouvé des bacilles fusiformes, et des spirilles plus ou moins abondants, parfois à égalité de nombre, mais plus souvent, présentant une prédominance d'un des deux éléments, un tiers, pour deux tiers. Cette différence de proportion ne nous a d'ailleurs pas semblé correspondre à un type clinique particulier.

Nous avons également aperçu de façon plutôt irrégulière, quelques microbes du type entérocoque, staphylocoque et coli, mais en quantité extrêmement réduite.

Examinant ensuite des frottis de sang prélevé directement, par scarification, sur la gencive soigneusement désinfectée, nous avons décelé la présence de la flore précédente, accompagnée de polynucléaires et de mononucléaires.

Si nous nous étions arrêté à ce stade d'observation bactériologique, à ces frottis étalés et colorés, nous aurions donc constaté la présence de l'association fuso-spirillaire accompagnée de quelques germes du processus fétide, et n'aurions ainsi pas décelé la véritable flore pathogène.

Nous aurions laissé échapper des constatations, dont l'importance est certaine dans l'origine des gingivites. Nous avons alors systématiquement pratiqué des hémocultures gingivales.

Avec une pipette stérile, nous prélevons une goutte de sang à la base d'une languette gingivale, préalablement détergée et aseptisée à l'alcool. Nous ensemençons sur bouillon gélose glucosé et citraté ainsi que sur milieux électifs. Après un séjour à l'étuve à 37°, l'examen microscopique nous montre que dans la presque totalité des cas, nous nous trouvons en présence d'éléments microbiens, présentant les caractères morphologiques de la flore intestinale : Coli-bacilles, entérocoques, staphylocoques, proteus vulgaris, et d'un pourcentage variable, ne paraissant pas obéir à des cas stricts : entérocoques 20 %, coli-bacilles 80 %, staphylocoques 10 %. (*Obs.* A. 38.) : entérocoques 20 %, coli-bacilles 20 %, staphylocoques 60 %. (*Obs.* A. 36.)..., etc.

Le coli-bacille est parfois absent, le staphylocoque varie en nombre, mais nous retrouvons, à chaque examen, avec une fidélité remarquable, les courtes chaînettes de l'entérocoque.

Toutes ces constatations étendues sur plusieurs mois de recherches et l'examen de nombreux malades nous ont permis d'affirmer la présence, dans le tissu gingival, d'une flore présentant les caractéristiques des microbes intestinaux.

Nous avons d'ailleurs pratiqué en même temps, chez les mêmes mala-

des, l'analyse bactériologique des selles. Nous y avons rencontré les mêmes éléments microbiens, dans une proportion analogue, et nous avons pu conclure à la similité d'identité des microbes prélevés dans la gencive et à la sortie du tube digestif.

Quant à la flore fuso-spirillaire, il semble qu'elle soit superposée à celle que nous venons de décrire et il est possible qu'elle la dissimule parfois. C'est ce qui se produit dans l'angine diphtérique où des frottis de fausses membranes ne décèlent pas toujours le bacille de Loffler, alors que ses colonies prolifèrent après quarante-huit heures de culture à l'étuve.

Nous avons donc été amené à constater que les cas observés par nous se différenciaient au point de vue bactériologique des affections isolées et décrites par d'autres auteurs.

En effet, nous n'avons décelé qu'une seule fois la présence du streptocoque, signalé d'une façon générale comme l'agent responsable des gingivites.

Par contre, nous pouvons affirmer la réalité du rôle joué par l'entérocoque, présent dans quatre-vingt-dix-neuf pour cent des cas que nous avons étudiés, associé plus ou moins au coli-bacille, accompagné plus ou moins de staphylocoques ; de proteus, etc...

OBSERVATIONS

Obs. 34. *Réf.* 1875 *A.* — EXAMEN DE PUS GINGIVAL ET HÉMOCULTURE.

1° *Examen cytologique des frottis.* — Présence de cellules épithéliales, de polynucléaires pour la plupart cytolysés, 4 à 5 par champ microscopique. Pas de fibrine ;

2° *Examen bactériologique des frottis après double coloration selon la méthode de Gram.* — Flore microbienne représentée par des entéroccoques, des staphylocoques, de rares coli-bacilles ;

3° *Examen microscopique après coloration à la fuchsine.* — 1/3 de B. fusiformes pour 2/3 de spirilles ;

4° *Examen bactériologique après culture sur milieu électif et séjour à l'étuve à 37°.* — Présence de colonies d'entérocoques et de staphylocoques.

Obs. 34. *Réf.* 820 *I. B.* — HÉMOCULTURE GINGIVALE.

On isole : une association staphylocoques-entérocoques.

L'examen direct du pus gingival montre à côté de très rares cocci à Gram positif, de très nombreux *spirilles avec une association de corps fusiformes* couvrant la totalité du champ.

Obs. 51. *Réf.* 1831 *A.* — EXAMEN DE PUS GINGIVAL ET HÉMOCULTURE.

1° *Examen cytologique des frottis.* — Présence de cellules épithéliales et de rares polynucléaires ;

2° *Examen bactériologique après double coloration selon la méthode de Gram.* — Flore microbienne représentée par des staphylocoques, des enterocoques et des coli-bacilles ;

3° *Examen microscopique après coloration à la fuchsine.* — Très forte association fuso-spirillaire avec prédominance de fuso ;

4° *Examen bactériologique après culture sur milieux électifs et séjour à l'étuve à 37°.* — Présence de colonies de staphylocoques, d'enterocoques et de coli-bacilles.

ANALYSE DES SELLES. — *Caractères généraux* :

Selles brûnâtres sensiblement homogènes, à réaction acide.

Examen bactériologique direct après double coloration selon la méthode de Gram. — Equilibre sensiblement égal entre la flore rouge et la flore bleue :

Staphylocoques, 50 % ; Coli-bacilles, 20 % ; Entérocoques, 30 %.

De nombreux auteurs ont voulu expliquer l'origine des gingivites par une carence qualitative ou quantitative des vitamines contenues dans la ration alimentaire quotidienne. D'autres ont accusé la sous-alimentation

imposée par la guerre. L'infection se déclarerait d'autant plus facilement que l'organisme serait plus débilité.

Nous admettons certes que les carences alimentaires aient pu favoriser l'infection gingivale, mais nous croyons qu'elles ne sont pas seules en cause. En effet, un traitement vitaminique, même à haute dose, ne donne que des guérisons irrégulières. D'autre part, nous avons pu constater que de nombreux prisonniers de guerre, soumis, en captivité, à un régime alimentaire sévère, ont été peu atteints par ces affections, alors qu'à leur retour d'Allemagne, le changement de vie et de nourriture a fait apparaître chez eux de très nombreux cas de gingivites, parfois extrêmement rebelles à tous traitements.

Nous nous sommes alors demandé si nous ne nous trouvions plutôt pas en présence d'un déséquilibre bio-chimique de la fonction hépato-intestinale, par trouble de l'émission des sucs gastrique, pancréatique et hépatique, provoquant une rupture de la barrière hépatique. On sait toute l'importance du rôle joué par celle-ci dans la défense contre l'envahissement microbien de l'intestin, rôle particulièrement mis en évidence dans divers Congrès de la coli-bacillose de Chatelguyon.

Nous avons également observé, au cours de nos recherches, un trouble des alcalinités et des acidités décelé par une modification des pH. des urines, salive et sang. Il y a là une indication mal connue, mais certaine, d'une action qui a peut-être son importance dans l'étiologie des gingivites. Nous en sommes réduits à des hypothèses, mais tenons, néanmoins à signaler le fait.

Ayant ainsi établi la présence dans la gencive de microbes de la flore intestinale, nous nous sommes demandé quelle était la voie suivie par eux pour venir se fixer au niveau des muqueuses gingivales.

Le tissu gingival est constitué par une fibro-muqueuse dont la trâme, extrêmement serrée, oppose une barrière énergiquement résistante à l'envahissement microbien.

De plus, les languettes gingivales sont formées de petites masses de tissu adénoïde. On les a dénommées « tonsilles gingivales » et leur rôle est d'attirer et de fixer les éléments microbiens. Nous verrons tout à l'heure qu'elles remplissent correctement leur tâche.

Pour qu'une infection soit primitive au niveau des gencives, il faut donc un traumatisme ou une érosion qui intéresse l'intégrité des muqueuses et triomphe de leur défense naturelle. C'est ce qui se produit dans les accidents d'évolution des dents, dans les lésions érosives causées par les racines non extraites et taillées en biseau, dans l'infection permanente des gencives chez les pyorrhéiques.

Dans ces derniers cas, l'infection, nettement localisée au début, s'étend ensuite peu à peu. Dans les gingivites que nous avons étudiées, elle se généralise d'emblée.

Les microbes qui nous intéressent passent donc directement, sans s'arrêter, dans l'antichambre du tube digestif.

Par suite d'un défaut passager de l'équilibre bio-chimique des fonctions de l'estomac, du pancréas et du foie, ils ne rencontrent plus que des défenses amoindries.

Ils parviennent alors dans l'intestin, y prolifèrent rapidement en nombre considérable et, profitant d'une rupture occasionnelle de l'intégrité de la barrière épithéliale, pénètrent dans le torrent circulatoire.

Ils se dirigent alors vers le tissu gingival, soit qu'ils se laissent véhiculer vers le point mort terminus de la circulation capillaire, soit parce qu'ils sont appelés par un tropisme électif ou par une affinité particulière pour ce tissu.

Etablis au niveau des languettes gingivales, attirés par les « tonsilles gingivales », ils déterminent sur ce point un stade de congestion, bientôt transformé en gingivite.

C'est alors qu'accourent vers ces lésions inflammatoires les microbes saprophytes de la cavité buccale, fuso-spirilles en tête. Ils se fixent sur les zones déjà atteintes par l'infection d'origine hématogène qui constituent un milieu favorable à leur prolifération.

La *gingivite*, avec son cortège de symptômes décrits plus haut, est arrivée à sa période d'état.

En exposant en toute objectivité le résultat de nos observations et recherches, nous nous garderons bien d'en tirer des conclusions formelles.

Cependant, frappé de la redite fidèle et de la dominance d'une flore à allure morphologique nettement intestinale, d'une part, de l'absence du streptocoque ordinairement désigné par les auteurs comme agent pathogène des gingivites, d'autre part, nous croyons pouvoir émettre l'hypothèse que l'origine des cas pathologiques qu'il nous a été donné d'étudier doit être attribuée à une rupture d'équilibre des fonctions de l'appareil gastro-intestinal ou à toute autre cause favorisant le renforcement de la flore intestinale et sa migration par voie sanguine vers les tissus gingivaux.

La fermeture de nos services hospitaliers ne nous a pas permis de poursuivre nos recherches aussi longtemps que nous l'aurions souhaité.

Nous n'avons donc pu établir de façon absolument certaine si nous devions garder aux infections étudiées par nous un caractère épisodique et circonstantiel ou si nous pouvions les ranger dans une catégorie de classement définitif.

REVUE ANALYTIQUE

Conséquences médicales du bombardement atomique.

Le Commodore J. Times, du corps médical naval américain vient de publier un premier rapport scientifique sur les conséquences médicales du bombardement atomique de Nagasaki. On y relève, chez les survivants, une leucopénie très accentuée : des pelades, émotionnelles sans doute ; une véritable expulsion dentaire : on peut enlever les dents à la main sans difficulté, car elles sont « véritablement descellées » ; de plus, elles sont très friables et beaucoup s'écrasent ; les dents en or ou autres métaux, sont devenues radio-actives. De nombreux corps ont été transportés aux Etats-Unis pour recherches ultérieures.

Un signe révélateur précoce de l'intoxication chronique par le cadmium. (*In Presse Médicale*, 16 mars 1946).

L'intoxication chronique par le cadmium est susceptible, comme Lafitte et Gros l'ont montré, de donner des algies violentes et une impotence marquée avec bes fissures osseuses réalisant un syndrome de Milkman. Ayant étudié pendant dix ans les effets de cette intoxication sur les ouvriers d'une usine d'accumulateurs, P. Barthélémy et R. Moline ont constaté que son dépistage précoce était facilement réalisable par la recherche du signe de la bague jaune dentaire.

Les deux premières années, aucun trouble n'est décelé et si l'ouvrier quitte les ateliers où le cadmium est manipulé, aucun symptôme d'intoxication n'apparaîtra ultérieurement. Le premier signe de l'intoxication est une pigmentation jaune de l'émail dentaire qui débute au collet, puis s'étend au tiers ou à la moitié de la dent ; la gencive n'est ni colorée, ni enflammée ; la coloration de l'émail peut être masquée par le tartre, bien que celui-ci prenne aussi une teinte jaune et n'est pas toujours très visible chez les grands fumeurs ; mais le détartrage et le brossage des dents mettent bien en évidence la bague jaune.

La coloration qui ne s'accompagne d'aucune modification radiographique des dents persiste aux phases les plus avancées de l'intoxication ; lorsque l'ouvrier est soustrait à l'action toxique, la bague disparaît en autant de mois qu'elle a mis d'années à s'installer.

On sait que la vitamine D à doses fortes et le gluconate de calcium ont un effet curatif sur les grands accidents de l'intoxication ; P. Barthélémy et R. Moline ont pensé qu'il était opportun d'appliquer le même traitement dès l'apparition du liséré jaune ; d'autre part, il a été décidé que les ouvriers ne travailleraient pas plus de six mois consécutifs dans les ateliers de cadmium et qu'ils subiraient, à l'embauche, un traitement préventif, renouvelé le quatrième mois ; dans ces conditions, ils ont vu disparaître les grands accidents toxiques et le signe d'alarme que constitue la bague jaune dentaire.

A. Brantzell, R. Tôrquist et J. Waldenstrôm (Upsal). — **L'examen de la langue. Etude clinique et photographique** (*Acta medica Scandinavica*, t. 122, nº 3, octobre 1945, p. 207-237) (*Presse Médicale*, 8-mai-46).

Il a été procédé à l'examen de la langue chez un grand nombre de sujets normaux et de malades ; l'étude photographique a été faite selon la technique de Frantzell, le sujet appuyant la langue contre une plaque de verre.

L'anomalie la plus fréquente a été l'état lisse de la langue dû à l'atrophie papillaire (102 cas sur 1.500 sujets). Il relevait d'une carence en fer chez 27. Il est fréquent dans la pneumonie, les cardiopathies décompensées, les tumeurs malignes. Dans 31 cas, le rapport entre l'état lisse et la maladie du patient ne put être découverte.

Dans la carence en fer l'atrophie des papilles de la langue put presque toujours être guérie par la médication martiale. Seuls 14 cas d'anémie pernicieuse sur 135 se montrèrent réfractaires à l'hépatothérapie, mais chez 14 d'entre eux, le fer ou la levure amenèrent une rapide amélioration.

L'influence d'une prothèse dentaire sur la langue a été étudiée. Elle n'entrave pas l'effet de la thérapeutique. Elle ne peut être considérée comme le facteur étiologique principal. Cependant, si elle est en place depuis longtemps, elle peut favoriser l'apparition d'une atrophie papillaire.

On verra de bonnes reproductions de certains états caractéristiques tels que la langue framboisée, la langue sèche, l'hypertrophie des papilles avec ou sans sillons (langue plicaturée, sans valeur diagnostique), la langue mamelonnée, souvent rencontrée dans la régénération active de la muqueuse, par exemple, lors d'une hépatothérapie ou d'une médication martiale intensives, le syndrome de Melkerson (hypertrophie et gonflement des papilles fungiformes associé à un œdème chronique de la lèvre supérieure, parfois avec paralysie faciale), la langue géographique, d'étiologie, inconnue et n'incommodant pas les patients.

Brantzell, Torquist et Waldenstrom discutent la pathogénie de la langue lisse qui traduit l'atrophie des papilles. Ils pensent que parmi les divers facteurs possibles, le manque d'oxygène auquel seraient très sensibles les papilles, entraverait la régénération de celles-ci, par suite de la gêne apportée au transport de l'oxygène (manque de fer, de vitamine B, d'acide nicotinique). L'état de la surface de la langue serait ainsi le miroir non seulement du degré d'hydratation de l'organisme, mais aussi des processus d'oxydation intracellulaires. P.-L. Marie.

P. Blamoutier et A. Marmasse. — **La « Touche » à la novocaïne** (*Presse Médicale*, N° 54, 9 novembre 1946).

La cuti-réaction est le seul test cutané qui, pratiquement, soit employé en clinique pour déceler une sensibilisation de l'organisme à une protéine déterminée.

L'intradermo-réaction, quoique plus sensible, est rarement utilisée en France, parce qu'elle peut donner des réactions extrêmement vives.

Quant à l'épidermo-réaction, elle est peu connue et exceptionnellement employée. Elle est toutefois utilisée dans des cas où la cuti-réaction ne donne pas de renseignements précis, quand il s'agit, par exemple, d'une sensibilisation à certains produits chimiques. C'est ainsi que les coiffeurs l'emploient pour s'assurer que leurs clientes ne sont pas sensibles à diverses teintures capillaires, à base de paraphénylènediamine. Vingt-quatre heures avant l'application de la teinture choisie, il leur est recommandé d'en faire un léger badigeonnage au niveau de la mastoïde. Le lendemain, si aucune réaction locale ne s'est produite, la teinture peut être appliquée sans danger sur toute la chevelure. Dans le cas contraire, constatant un léger érythème vésiculeux avec œdème derrière le pavillon de l'oreille, ils doivent s'abstenir pour éviter l'apparition d'accidents.

On sait, depuis les travaux de Flandin, que la sensibilité simultanée à la paraphénylènediamine et aux anesthésiques locaux de synthèse (non à la cocaïne) n'est pas exceptionnelle : la constitution chimique de ces produits l'explique. Il faut déconseiller l'application d'une teinture à la para chez tout sujet sensible aux anesthésiques de synthèse et avertir toute personne présentant une réaction cutanée à la paraphénylènediamine que l'usage des anesthésiques locaux (dans une pommade notamment) est contre-indiqué chez elle.

Les auteurs citent quelques cas très probants, notamment celui d'un dentiste chez qui la projection sur les mains, au cours d'une anesthésie, de quelques gouttelettes d'une solution de novocaïne, provoquait le lendemain une très vive réaction locale (dermite érythémogranuleuse) avec œdème labial et lingual et infiltration conjonctivale. Tous phénomènes entraînant habituellement une interruption professionnelle d'une semaine. A titre de confirmation, on lui fit un léger badigeonnage sur le dos de la main et sur une joue avec une solution de novocaïne à 2 %, qui fut suivie des mêmes accidents ; le caractère positif de cette épidermo-réaction permit d'affirmer la sensibilisation de ce dentiste à la novocaïne.

D'autres cas, à peu près similaires sont cités, qui se sont produits et ont été étudiés à l'occasion d'anesthésies.

Les auteurs rapportent le fait curieux d'une malade ayant présenté à la fin d'une injection de novocaïne de sérieux malaises, à laquelle ils firent, quelques jours après, une touche à la scurocaïne qui se montra fortement positive, puis une injection de 3 cmc de scurocaïne à 2 %. Cette dernière fut très bien supportée, et l'on peut penser que la touche faite vingt-quatre heures avant cette dernière injection, avec la forte réaction locale qu'elle avait provoquée, a en quelque sorte protégé la malade contre les effets de l'injection seconde.

En art dentaire, l'épidermo-réaction peut rendre des services. Les anesthésies à la novocaïne y sont faites couramment ; or, les accidents consécutifs ne sont pas exceptionnels ; il faut donc être prudent. Aussi, est-il logique de faire une « touche » à la novocaïne avant d'employer cet anesthésique chez les sujets qui déclarent avoir antérieurement présenté des malaises à la suite de son emploi.

En somme, ce test cutané de sensibilisation doit être connu de tous ceux qui, utilisant les anesthésiques locaux de synthèse, peuvent observer chez leurs malades des réactions du même ordre. La « touche » à la novocaïne, faite vingt-quatre heures avant l'anesthésie, permettra d'éviter le déclenchement d'accidents dont les conséquences peuvent être sérieuses. D.

Couturier. — **Pulpolithes et névralgies rebelles.** (*Revue Odontologique*, mai 1946).

L'auteur publie trois intéressantes observations de pulpolithe. C'est là une affection rare ; mais cette rareté n'est vraisemblablement que spécieuse, car elle n'est pas d'un diagnostic qui s'impose : celui-ci ne saurait en effet s'affirmer que par éliminations successives des causes possibles des symptômes observés.

D'une façon générale, on est en présence d'un malade qui souffre depuis longtemps, et avec une acuité variable : douleurs supportables, mais parfois assez intenses pour qu'on ait l'impression de se trouver devant une névralgie essentielle. Malgré les recherches minutieuses, il n'est, la plupart du temps, pas permis d'incriminer telle

dent plutôt qu'une autre ; dès lors, l'on peut être amené à traiter un certain nombre de dents *paraissant* suspectes, et même à pratiquer des extractions intempestives, jusqu'au jour où à l'occasion d'une dévitalisation, on découvre un nodule calcaire dont l'ablation entraîne la sédation de tous les phénomènes douloureux observés parfois depuis des années.

Il est à remarquer que les clichés radiographiques ne sont pas d'un grand secours, le pulpolithe pouvant être accolé à la paroi de la chambre pulpaire, ou même masqué par une obturation.

L'auteur a eu grandement raison d'attirer l'attention sur le pulpolithe ; en effet, si on ne le diagnostique pas, c'est souvent faute d'y penser. Quand le regretté Chenet a donné son excellente étude des félures dentaires, on en a vu les observations se multiplier à la suite de recherches systématiques. Nul doute qu'à la suite de la communication du Dr Couturier, il n'en soit de même pour le pulpolithe. D.

H. Brabant. — **L'emploi de l'histamine-histidine dans le traitement des alvéolites.** (*Revue de Stomatologie*, mars-avril 1946).

L'auteur expose ses recherches sur l'emploi de l'histamine-histidine, et montre que cette thérapeutique est une des meilleures pour le traitement des alvéolites, particulièrement des alvéolites sèches. Il y aurait une action vraisemblablement neurotrope se traduisant par une augmentation notable de la masse sanguine dans le territoire capillaire de l'alvéolite. Malheureusement l'injection de l'agent médicamenteux est assez douloureux pour en restreindre l'emploi. Néanmoins la méthode est à conseiller dans le cas d'une alvéolite très douloureuse et rebelle aux traitements habituels.

L'auteur a essayé plusieurs formules du mélange histamine-histidine, et semble donner sa préférence à celle qui est connue sous le nom d'Algipan. L'injection doit être faite dans la muqueuse, tout autour de l'alvéole, côté vestibulaire et buccal. Cette injection, plus ou moins bien supportée, est suivie d'une rougeur vive de la muqueuse, et dans la plupart des cas amène une sédation nette des phénomènes douloureux.

L'auteur réserve ce traitement à l'alvéolite sèche, et ne l'utilise pas dans l'alvéolite avec pus et séquestre, de crainte de diffusion possible d'une infection consécutive à la vaso-dilatation capillaire. D.

Récidive de tumeur mixte après parotidectomie totale. Académie de Chirurgie, 10-avril-46 (*Presse Méd.*, 20-avril-46, p. 260).

M. Santy (Lyon) a eu à traiter la troisième récidive d'une tumeur mixte de la parotide. Malgré une opération large, nouvelle récidive un an après. La reprise de la ésion, peu améliorée par la radiothérapie, signe la nature maligne. Il y a lieu de remanier la classification de ces tumeurs et de rechercher plus soigneusement les récidives beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit. La parotidectomie totale paraît une mesure de prudence, certes difficile à faire accepter et pas toujours sans inconvénients, mais presque indispensable.

M. Roux-Berger a recherché sur les pièces de parotidectomie totale si la tumeur était énucléable. Le cas ne s'est jamais présenté.

L'absence de paralysie faciale et de douleurs ne permet en rien d'affirmer la bénignité car elles manquent souvent dans les cancers. Mieux vaut rechercher des métastases pulmonaires, moins rares qu'on ne le pense.

Comme voie d'abord, passer dans l'espace rétro-stylien et attaquer d'arrière en avant. Dès qu'il y a récidives fréquentes, sacrifier sans hésiter le facial.

M. L. Bazy pense que ces tumeurs parotidiennes, dites mixtes, sont en réalité des épithéliomas en puissance. L'apparence histologique de la tumeur ne signe pas du tout sa bénignité.

M. Truffert dit que la parotidectomie totale laisse cependant des reliquats aux points où la glande adhère spécialement : paroi inférieure du conduit, articulation temporo-maxillaire et quelquefois prolongements cervicaux le long de la veine communicante intraparotidienne.

M. Redon insiste sur la relative fréquence des tumeurs mixtes à plusieurs foyers (12 cas sur 50) dès la première opération. Cela seul justifie le principe de l'intervention élargie. L'auteur a observé une seule récidive 3 ans après sur 45 cas longuement suivis. Il a rencontré aussi l'association de ganglions tuberculeux avec une tumeur mixte sous-jacente. Sur 13 cas de parotidectomie totale avec conservation du facial, faite pour des cancers indiscutables il n'y a pas eu de récidives. Cependant, dans ces cas, il vaut mieux sacrifier le facial. L'examen anatomique extemporané n'est pas suffisant pour apprécier correctement les lésions.

Henry M. Leicester (San-Francisco). — **Changements chimiques dans les dents après leur éruption.** (*Journal of the American Association*, août 1946, p. 1004).

On étudie beaucoup actuellement l'action de la fluorine sur les dents et nombre d'auteurs pensent que celle-ci est capable d'agir, même en applications externes, pour

modifier la résistance de l'émail des dents à la carie dentaire. Ceci donne l'occasion à H.-M. Leicester, de San-Francisco, de faire une revue très complète et très intéressante à consulter, des nombreux travaux qui ont été publiés depuis une quinzaine d'années sur les possibilités de modification des tissus dentaires après l'éruption des dents.

« On peut voir, dit-il, que des changements chimiques peuvent survenir dans les dents en avançant en âge soit dans leur texture interne, soit dans leurs tissus superficiels ». Il est évident que les recherches sur ce sujet sont dans l'enfance et que de plus profitables résultats tant de nature théorique que pratique pourront être réalisés par les recherches de l'avenir.

« Les changements dans la dentine après l'éruption peuvent se produire principalement sous forme de calcification des *tubuli* par un processus de vieillissement, soit par un processus d'excitation externe. Les changements dans l'émail peuvent se produire par un processus physiologique, peut-être comme une *kératinisation* de la matière organique, ou sous l'influence d'un traitement par applications externes de substances capables de réagir sur lui et de modifier ses propriétés. » M. R.

Rouquès. — **La quinine dans le traitement de la névralgie du trijumeau.** (*Presse Médicale*, 15 octobre 1946).

C'est un très ancien traitement que tente de remettre en honneur le Prof. Salmon, de Florence, dans une étude analysée par P. Rouquès. Traitement simple, sans inconvénients, et qui, par là même, vaut d'être tenté contre une affection où la thérapeutique est souvent si décevante.

Il s'agit de l'emploi de la quinine, dont l'administration exigera des règles précises ; en effet, les doses faibles classiquement recommandées (10 ou 20 centigr.) sont inefficaces ; d'autre part, absorbé au moment de la crise, le médicament n'agit pas. C'est donc là un inconvénient qui restreint l'emploi de la quinine puisqu'elle serait réservée aux sujets dont les crises se manifestent avec une périodicité assez régulière pour permettre d'être administrée au moment exactement opportun.

La dose utile moyenne est de 1 gr. par 24 heures ; le sel de quinine le plus agissant est le salicylate ; ensuite viennent le valérianate et le bromhydrate. Le médicament peut être absorbé en une seule prise (ou en deux, séparées par une heure), six heures environ avant le début présumé de l'accès. Une dose supérieure à 1 gr. ne doit être donnée qu'à des malades sous surveillance. Une dose supérieure à 4 gr. pourrait déterminer des accidents toxiques.

Dans certains cas, l'opium, à la dose de quelques centigrammes, constitue un adjuvant précieux. Rouquès rappelle d'ailleurs que déjà Trousseau associait l'opium à la quinine à fortes doses. D.

Aperçu des problèmes posés par la dentisterie dans l'aéronautique. Groupe de recherches dentaires des forces aériennes de l'armée. (*Journal de l'Association Dentaire Américaine*, N° du 1er juillet 1946).

On a fréquemment remarqué qu'une « bonne dentisterie » éliminerait les problèmes dentaires posés par l'altitude. Il semblerait donc que, jusqu'à présent, la dentisterie n'a pas été suffisamment « bonne » pour résoudre les problèmes actuels. Les lacunes de notre savoir sont trop grandes.

Notre connaissance de la physiologie et de la pathologie dentaires se sera accrue de façon appréciable quand les questions qui ont été soulevées par les investigations au sujet des effets de l'altitude sur les tissus dentaires auront reçu une réponse.

La dentisterie aura alors une base plus rationnelle. Non seulement la dentisterie aéronautique constituera une branche de l'activité dentaire, mais les recherches faites à son occasion auront leur retentissement sur la pratique dentaire quotidienne. C. J.

N.-A. Amodeo. — **Médecine aéronautique et clinique dentaire.** (*Rassegna Trimestriale di Odontoiatria*, janvier-mars 1946).

L'auteur met en évidence comment et quand surgissent les affections de l'appareil masticatoire sur la personne du pilote.

Sur la base d'une étude clinique personnelle, l'auteur expose quelles sont les affections dentaires qui doivent être recherchées et traitées, concernant le personnel navigant de l'aéronautique.

L'auteur rapporte et illustre une fiche de clinique dentaire conçue par lui. Il conseille la diffusion de cette fiche. Il la considère nécessaire et indispensable au point de vue clinique, ainsi que comme moyen d'identification individuelle pour le personnel navigant, dans les accidents éventuels de vol.

L'auteur expose plusieurs cas de traitements conservateurs. Des radios démontrent clairement des cas de vastes raréfactions osseuses qui ont pu être traitées, évitant ainsi des interventions sanglantes.

Enfin, il expose les résultats des visites systématiques chez les militaires d'un aéroport. M. Coen.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1946

I. — Allocution du Dr J. Délibéros, Président sortant

Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

Je ne suis pas spécialement traditionnaliste, mais la bonne règle veut qu'après avoir présidé vos débats pendant l'année écoulée votre président prenne une dernière fois la parole.

Ne croyez pas qu'il veuille s'accrocher désespérément à ce fauteuil présidentiel, mais, puisque la tradition l'y oblige, pourquoi n'en profiterait-il pas pour vous dire ses pensées.

Je crains d'être banal, vous dire que « Partir c'est mourir un peu ». Eh oui : Voici une étape de plus, dans ma vie professionnelle et, je dois vous l'avouer, c'est avec quelque mélancolie que j'en fais la constatation. Ainsi va la vie. Acceptons l'inéluctable enchaînement des choses. Acceptons cette défaite que nous impose le temps.

Ces propos, je le sais, font sourire certains d'entre vous qui, dans un soupir, pensent à la relativité des choses humaines...

* * *

Avant tout, laissez-moi vous remercier une dernière fois de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant cette présidence.

Laissez-moi vous remercier, *surtout*, de votre bienveillance à mon égard, de votre constante fidélité à nos réunions, de l'ardeur que vous avez mis à faciliter ma tâche. Lorsque je parle de fidélité, je pense, parce que plus frappante, à mon maître, le Docteur Roy, qui aurait tant d'excuses à manquer nos réunions et qui s'impose d'y venir... Un soir, le remerciant de la constance des efforts qu'il faisait pour animer nos discussions, il me répondit : « C'est le secret de l'éternelle jeunesse ». Je vous dévoile ainsi *le secret*, SON SECRET, il ne m'en tiendra pas rigueur. Faites-en votre profit.

* * *

Je ne voudrais pas vous importuner avec une longue énumération qui pourrait ressembler en quoi que ce soit à un rapport de secrétaire général.

Remarquez que mon excellent ami Rivault n'a eu garde de tomber dans ce travers, je l'en remercie, ce qui me permet aujourd'hui de faire un rapide tour d'horizon de notre activité pendant les mois passés. Dans la somme importante d'études, de travaux, de contributions apportés à cette tribune, permettez-moi de faire saillir ceux qui, je pense, sont susceptibles de connaître un retentissement dans l'avenir.

M. Roy jeta un pavé dans la mare des axiomes immuables en venant nous prouver que « la grossesse n'est pas une cause de carie dentaire » et il fallait toute son autorité, jointe à une certaine audace, pour saper cette croyance millénaire. Bernard, proposant une théorie nouvelle sur le concept que nous avons de l'odontoblaste et ne s'entravant pas indéfiniment dans les mystères de l'histologie, a fait suivre ce premier rapport de considérations thérapeutiques qui auront, j'en suis convaincu, de larges résonnances sur le traitement de la dent malade.

Enfin, M. Solas nous a convaincus de l'urgence de mettre un peu d'ordre dans notre langue, faisant valoir que le « néologisme » risquait fort de faire du monde scientifique une « Babel moderne » ou la confusion stériliserait les efforts.

Si je devais apporter une preuve tangible de l'importance et de l'opportunité de la contribution de Solas je vous dirais simplement qu'après ce premier cri d'angoisse, les milieux stomatologiques, faisant écho aux paroles graves de notre éminent confrère, ont institué un comité du vocabulaire...

* * *

Vous en souvient-il, j'avais, en prenant possession de ce fauteuil, insisté sur la nécessité de faire revivre cette rubrique « de faits de pratique courante ». Certes, elle ne s'est pas développée comme je l'aurais désiré, mais grâce à vous, elle a tout de même connu de belles heures ou délaissant l'académisme de l'exposé préparé, ou du travail magistral, la société se laissait aller à des réflexions, des aveux, des constatations, des boutades pleines de bon sens, créant une atmosphère de discussions sympathiques,

au point qu'à l'issue de l'une de ces séances, un stomatologiste des hôpitaux, ce soir-là présent, m'a fait cette confidence : « Vous voyez, DÉLIBÉROS, il y a dans vos réunions quelque chose d'unique, que je ne retrouve pas ailleurs et qui me plaît infiniment, c'est cette bonhomie, cette intimité, cette camaraderie, cette cordialité qui est le propre de vos discussions. On se sent à l'aise, chacun a son mot à dire, le dit, en toute simplicité, en toute quiétude, sans se croire engagé et sûr qu'on ne le lui reprochera pas... »

Ces paroles venues de l'une des personnalités que je considère comme la plus éthérée de la spécialité stomatologique, m'a fait, je l'avoue, un réel plaisir. Et en fait, c'est à vous que ce compliment s'adresse, je ne pouvais partir sans vous rapporter ces paroles pleines de sens.

Je ne veux pas abuser de vos instants, le fauteuil appartient à GABRIEL qui est déjà pour moi un vieil ami. Je connais et la finesse de son esprit et sa modestie. Il me saura gré de ne pas l'accabler sous les épithètes flatteuses qui montent en moi. Il sait l'affection, l'estime entières que je lui porte. Et vous lui avez donné la meilleure preuve de confiance en l'élevant à cette présidence.

Pour terminer, qu'il me soit tout de même permis de faire allusion à un événement qui touche notre groupement. Un homme nous a quitté pour goûter un repos bien gagné. M. BLATTER s'est déchargé de ses fonctions devenues trop lourdes... Je manquerais à mon devoir, me semble-t-il, si très simplement ce soir, sans phrases, je ne m'inclinais respectueusement devant la haute personnalité de cet homme bon, affable, modeste, qui a donné le meilleur de lui-même à notre profession, à cet homme qui a lutté pour ses idées, pour nos idées, inlassablement.

La providence a voulu que pour reprendre le fardeau, une partie du fardeau, M. HOUSSET se soit trouvé là, acceptant de le recevoir. Qu'il me soit permis d'unir vos deux noms, BLATTER, HOUSSET, qui s'honorent l'un par l'autre.

II. — ALLOCUTION DE M. R. GABRIEL, NOUVEAU PRÉSIDENT

Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

Je ressens ce soir une profonde émotion à présider les travaux de notre Société pour l'année 1946-1947.

Inquiet, plein de craintes, je mesure tout à la fois et l'honneur que vous me faites en m'élevant à cette haute fonction et la responsabilité qui, en même temps, m'en échoit.

De la place où vos suffrages m'ont porté ce soir, je veux exprimer ma reconnaissance aux Maîtres qui m'ont enseigné ici et ma gratitude à vous, Messieurs, qui m'avez fait l'honneur de me confier pour cette année les destinées de notre Société.

Je veux dire au Dr DÉLIBÉROS toute mon amicale sympathie, mais aussi combien est rude sa succession ! — Lequel d'entre nous n'a-t-il encore en sa mémoire quelques bons mots de notre Président sortant et ne garde-t-il un souvenir délicat de sa verve et de sa bonne humeur mis au service d'un réel talent ?

Il est de tradition d'honorer nos morts en même temps que nous redonnons la vie à notre Société en ce début d'année.

A nos confrères défunts cette année, qu'il soit rendu l'hommage de notre Société. Il m'est un devoir de vous rappeler que Jacques LUBETZKI, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, est mort dans un camp d'extermination nazi. Le Dr M. ROY sut lui rendre le digne hommage du Maître, du Collègue de l'ami dans le dernier *Bulletin* de notre Société.

Qu'aurai-je à vous dire, Messieurs, sur l'organisation de nos séances de Travail ? En fait, rien de nouveau que vous ne sachiez déjà.

L'ordonnance de nos réunions demeurera la même. Je n'aurai garde d'y toucher.

Mais j'adresse un appel pressant à tous pour travailler avec notre Bureau actuel : apportez-nous des communications et ne négligez pas non plus d'augmenter ces « Faits de pratique courante » que nous inscrivons à notre ordre du jour. Présentez-nous des résumés d'observations sous forme de « Petites Cliniques » dont l'audition ou la lecture sont toujours si vivantes.

Je ne fais en cela que renouveler le désir déjà exprimé par mon prédécesseur, le Dr DÉLIBÉROS.

N'oublions pas que notre Profession est faite d'observations, d'expérimentations laborieuses et délicates. Je suis persuadé que l'exposé de vos recherches, la publication de vos résultats contrôlés avec toute la rigueur scientifique que connaît maintenant notre Art seront pour nous d'un grand enseignement.

Il peut apparaître à certains que tout semble avoir été dit et que point n'est besoin pour eux d'entendre du déjà entendu ni de lire du déjà lu. Je pense que c'est commettre là une erreur : une part d'inconnu demeure toujours par de là la symptomatologie la plus soigneusement décrite. Un signe observé par quelques cliniciens plus avertis ou plus chanceux peut confirmer ou infirmer un pronostic favorable dans un syndrome jusque là demeuré sans secrets.

En douteriez-vous que j'en appelle au grand témoignage de Georges DUHAMEL, qui écrit à ce propos :

« La médecine ne bénéficie pas de la féconde méthode inductive, comme la physique et la chimie, sciences de laboratoire et quand même il faut le dire, Sciences de l'inanimé. La médecine « connaît de la vie » pour parler comme les juristes. C'est là toute sa grandeur et c'est aussi la raison de toutes ses incertitudes. Le progrès mécanique est un jeu : il pose une foule de problèmes qui tous, à tour de rôle, sont finalement résolus. En médecine, la réserve d'inconnu, d'insoluble et d'illogique est inépuisable. »

Est-ce par ce côté toujours un peu secret que notre Profession nous retient ou bien par cette profonde joie de guérir ?

Vous êtes-vous souvent demandé, Messieurs, les raisons de notre amour du métier ? Avez-vous souvent réfléchi sur l'étendue, la variété des techniques que nous employons après nos anciens qui les ont inventées ou mises au point ?

En vérité, l'humilité s'impose.

Peut-on se déclarer jamais satisfait de sa pratique alors que tant de spécialités complexes s'inscrivent dans la nôtre ?

L'histoire nous montre que : unie à la médecine autant qu'aux sciences physiques et mécaniques, l'Odontologie ne trouva ses méthodes qu'en faisant des emprunts aux unes et aux autres sciences.

L'exercice de l'art dentaire dans la haute antiquité, en Chine et en Egypte, semblait lié à celui de la médecine.

Hippocrate témoigne de connaissances stomatologiques certaines. Mais il faut arriver jusqu'à la Rome d'Horace et de Martial pour apprendre que l'on soigne alors les dents mais qu'aussi on les remplace.

Des siècles se succèdent ensuite, durant lesquels l'extraction demeurera l'intervention majeure sinon unique de ceux qui pratiquent légalement ou non l'art de guérir.

Le premier livre traitant d'Odonto-Stomatologie ne paraît qu'en 1728, son auteur, Pierre FAUCHARD, dans la Préface de la première édition se plaint de l'abandon dans lequel est laissée sa spécialité. Il écrit notamment :

« On ne connaît au reste ni cours public, ni cours particulier de clinique où la théorie des maladies des dents soit amplement enseignée et où l'on puisse s'instruire à fond de la pratique de cet art si nécessaire à la guérison de ces maladies et de celles qui surviennent aux parties dont les dents sont environnées ».

Longtemps abandonnée aux empiriques, notre spécialité en moins d'un siècle a créé ses méthodes, mis au point une technique et une instrumentation complexes.

Ainsi, elle affronta pour les résoudre des problèmes relevant de la pathologie, de la biologie, de la mécanique, voire même de la cosmétique.

C'est ici que notre spécialité dépasse en intérêt ce qu'il est convenu d'appeler une spécialité médicale. Il nous faut construire nos prothèses selon des lois mécaniques bien établies tant dans la statique que dans la dynamique.

L'art du céramiste doit parfois parachever nos plus délicates reconstitutions.

Ou bien cessant d'être architecte, le prothésiste devient chirurgien soumis aux disciplines sévères de la chirurgie générale.

Utilisant pour chaque acte une instrumentation de choix, Médecins stomatologistes et Chirurgiens-dentistes ont contribué à cette œuvre commune. Qui créant un instrument, qui en perfectionnant un autre. Certains adaptant pour notre usage des produits de synthèse. La bienfaisante anesthésie c'est encore à un des nôtres que revient le mérite de l'avoir découverte.

Pour le bien commun on voit là se confondre des forces désintéressées et généreuses.

Si rare est cet exemple parmi les hommes qu'il mérite d'être relevé.

Nous Français, pouvons-nous honorer de grands morts contemporains parmi lesquels : FREY, RUPPE, CHENET, et notre très cher Georges VILLAIN.

Leur science s'ornait des qualités les plus délicates de simplicité et de bonté.

Qu'hommage soit rendu à tous nos maîtres, nombreux ici ce soir, qui contribuent à la grandeur et au progrès de notre Profession.

L'Ecole Dentaire de Paris se veut d'y apporter sa contribution. Il ne fait de doute à personne que sous la direction de notre maître Paul HOUSSET, le destin de cette vieille maison ne s'accomplisse. Il fallait un tel guide pour que fussent bientôt réalisées des réformes appréciables dès le stage pour permettre à nos étudiants d'acquérir des connaissances plus étendues en anatomie, en biologie et en mécanique.

Je voudrais vous rappeler aussi que M. BLATTER s'est retiré cette année dans une retraite bien méritée. Qui ne se souvient parmi nous de son dévouement, de son abnégation à une profession qu'il honora.

Travaillons donc, Messieurs, au cours de cette année, dans un sentiment de commune confiance. Il nous reste encore beaucoup à découvrir dans la science médicale.

A l'encontre de tant d'autres sciences elle a le grand mérite de demeurer humaine. Peut-être a-t-elle requis pour cela toutes les autres sciences ?

Permettez-moi de vous proposer, en conclusion, ces paroles :

« La médecine n'est point une science nouvelle. Depuis longtemps ses principes sont trouvés, et sa route est tracée. En les suivant, on a fait, pendant un long espace de temps, un grand nombre de belles et utiles découvertes ; et tout homme qui, doué des dispositions nécessaires, instruit de ce qui a été fait avant lui, partira de ce point et suivra la même route, en fera encore de nouvelles. »

Elles sont d'Hippocrate.

Puissent-elles vous conserver la foi dans nos destinées !

*
* *

Séance du 5 novembre 1946

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. Gabriel.

Excusés : MM. Housset, Dr Délibéros.

La parole est donnée au Dr Lepoivre, stomatologiste des Hôpitaux, pour sa communication : *Les Leucoplasies.*

Les leucoplasies se caractérisent cliniquement par des plaques blanches nacrées apparaissant à la langue, la face interne des lèvres et des joues, exceptionnellement au palais et au voile. Anatomiquement la leucoplasie se caractérise par une hyperkératinisation de l'épithélium et une sclérose du derme sous-jacent.

Les leucoplasies furent tour à tour considérées comme une entité morbide, puis une manifestation locale d'une dermatose généralisée enfin comme une manifestation purement syphilitique.

Actuellement l'opinion n'est plus aussi absolue et on a tendance à considérer la leucoplasie comme un syndrome objectif qui comprendrait (Brocq) :

La leucoplasie syphilitique (la plaque survenant sur la cicatrice d'une manifestation syphilitique) ;

La leucoplasie traumatique ;

La leucoplasie essentielle qui ne reconnaîtrait aucune des causes précédentes et sur l'existence de laquelle il est permis de faire quelques réserves.

Pour que la leucoplasie apparaisse, il faut une *irritation.*

Les irritations buccales sont multiples : tabagiques alimentaires, dentaires prothétiques, électro-galvaniques, professionnelles même.

A ces causes locales il faut ajouter les causes générales qui provoquent une irritation de la muqueuse : les dyspepsies, la cachexie, certaines carences et, en premier lieu, avant toutes les autres : la syphilis.

L'intensité des possibilités de dégénérer de la plaque sont proportionnelles au nombre des facteurs étiologiques que l'on rencontre le plus souvent associés. Le diagnostic différentiel est à faire avec tous les éléments blancs de la bouche. La sclérose superficielle, moins bleutée, moins opaque qui donne l'impression d'un vernis transparent alors que la leucoplasie, avec ses lésions épithéliales, donne plutôt l'impression d'un enduit.

Le lichen plan siège avec prédilection à la langue et dans l'angle rétro-molaire. Il reproduit le fin dessin d'une feuille de fougère avec, aux points de jonction un élément nodulaire. Il ne dégénère jamais et est souvent associé à un lichen plan cutané.

La possibilité d'une transformation épithéliomateuse impose, en présence d'une lésion douteuse, une biopsie qui doit donner une réponse formelle dans les vingt-quatre heures.

Diagnostic étiologique. — En présence d'une plaque leucoplasique, penser d'abord à la syphilis. On recherche celle-ci par l'interrogatoire, l'examen clinique, les réactions sérologiques.

Lorsque ces recherches restent négatives, il faut discuter les leucoplasies traumatiques dentaires, tabagiques, etc...

Les leucoplasies tabagiques restent confinées aux environs de la commissure sous la forme d'un triangle à base antérieure. Elles sont peu accentuées, opalines, légèrement quadrillées, comparables sous bien des rapports au jaunissement des doigts par la cigarette ; c'est une sorte de tannage de la muqueuse. Elles n'ont rien de l'irrégularité de la leucoplasie syphilitique distribuée au hasard des lésions syphilitiques du derme (Milian).

Les leucoplasies traumatiques sont toujours en regard du trauma qui leur a donné naissance, crochet de prothèse, bord tranchant d'une carie, etc... Les leucoplasies professionnelles des verriers sont des arborisations autour du canal de Stenon, la teinte laiteuse desquamante sous forme de véritables pellicules.

Le traitement est en grande partie un traitement d'hygiène buccale.

Le traitement local consiste à calmer et à ne pas irriter.

Supprimer le tabac et toutes les irritations locales ; calmer par des collutoires alcalins, des bains de bouche alcalins, des solutions faibles de sulfate de cuivre ; éviter les caustiques, acide chromique, nitrate d'argent qui n'améliorent que momentanément et rendent la lésion douloureuse.

Le traitement général anti-syphilitique n'est de mise que si la leucoplasie est reconnue de nature syphilitique. Le traitement sera de longue durée et il ne faut pas en attendre un bénéfice immédiat et constant. On se trouve bien d'administrer de l'arsenic (liqueur de Fowler) de la vitamine A.

Lorsque la lésion est étendue avec des symptômes fonctionnels et qu'elle reste irréductible au traitement général on peut employer, pour détruire cet état pré-cancéreux, la haute fréquence, la neige carbonique (Lortat-Jacob). La décortication chirurgicale de Morestin doit être une exérèse complète de la plaque avec le derme sous-jacent, elle est réservée au cas où la leucoplasie forme une véritable gangue autour de la langue.

Prennent part à la discussion : le Dr Roy, M. Lespine.

La parole est ensuite donnée à M. Rigault, Chef du Service de Prothèse maxillo-faciale à l'Hôpital Lariboisière, pour sa communication : *Prothèse faciale en résine acrylique.*

Malgré les progrès de la chirurgie, les travaux sur les prothèses faciales ne doivent pas être abandonnés. Les lupus, les nées, fournissent encore malheureusement trop de malades à appareiller.

Jusqu'à présent, on disposait soit du métal (procédé galvanoplastique de Ponroy) prothèse à résultat esthétique médiocre à cause de la difficulté pour peindre le métal. L'acétate de cellulose (Vercing Lapierre) prothèse légère mais également peinte. La pâte à base de gélatine (Poux) qui donne des prothèses souples, esthétiques mais qui nécessitent le collage sur les téguments et une réfection fréquente qui en limite l'emploi.

Les prothèses obtenues avec les résines permettent d'obtenir des résultats esthétiques satisfaisants, en mélangeant des résines translucides, des résines roses et des poudres jaunes, servant à la confection des dents artificielles, en résine dite résine dentine. Ces prothèses sont légères, indéformables, esthétiques. Elles ne nécessitent aucun entretien, elles sont durables, elles n'irritent pas les téguments. Elles permettent également d'obtenir des moules et profils rétentifs indispensables pour les prothèses de l'oreille, par exemple.

L'auteur fait suivre sa communication de présentation de pièces réalisées en résine et de photographies.

M. Cecconi prend part à la discussion.

La séance est levée à 22 h. 30. *Le Secrétaire général* : René R. Rigolet.

* * *

Séance du 24 novembre 1946

(Tenue au cours des Journées Dentaires de Paris)

Le Groupement de l'Ecole Odontotechnique de Paris, au cours des XXes Journées Dentaires avait offert à la Société d'Odontologie de Paris l'après-midi du 24 novembre. Cette séance fut ouverte à 15 heures, par M. Gabriel, professeur de l'Ecole Dentaire de Paris, qui la présida. Il remercia tout d'abord le comité d'organisation des Journées Dentaires de Paris de l'hospitalité qu'elle offrait à notre Société, puis il présenta les excuses du Dr Péri et du Dr Gérard Maurel, dont l'ordre du jour avait prévu la présence, il donna ensuite la parole à M. Max Filderman, professeur à l'Ecole Odontotechnique pour sa conférence sur : *Les instruments diamantés.*

Le Dr Frankowski Aleksander, de Jelenia-Gora (Pologne), fit ensuite la lecture de sa communication : *La biostatique en prothèse.*

Après avoir remercié les conférenciers, le Président donne la parole au Dr Schindler, de Berne, qui commente : *Les lésions traumatiques du follicule dentaire.*

Hors programme : le Dr Bazant, de Prague, parle ensuite des études dentaires en Tchécoslovaquie.

C'est enfin une communication des Drs René Jaccard et M. Grosjean, de Genève, sur : *Le ciment vu en lumière réfléchie.*

La séance est levée à 18 h. 30, après que M. Gabriel eut remercié au nom de la Société d'Odontologie de Paris les conférenciers.

Un résumé de ces communications sera publié ultérieurement.

Le Secrétaire général : René R. Rigolet.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 29 octobre 1946

Présidence de M. le Dr Marcel RACHET

M. le Professeur VERNE, Membre de l'Académie, Secrétaire général du Congrès de l'A. F. A. S. à Nice et délégué de la S. O. F. à ce Congrès, rapporte les diverses activités de cette importante manifestation internationale annuelle, activités tant scientifiques qu'artistiques, et insiste sur l'importance des travaux de la section odontologique, présidée par le Docteur HULIN.

Le Président dit à M. le Professeur VERNE combien la S. O. F. est flattée de l'honneur qu'il lui fait en venant lui-même, avec une modestie pleine d'enseignement combien rare et touchante, rapporter l'activité du Congrès de l'A. F. A. S. auquel il s'excuse encore de n'avoir pu assister.

M. SUDAKA, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, Secrétaire général des *XXes Journées Dentaires de Paris*, fait ensuite un appel en faveur des prochaines *Journées Dentaires de Paris*, qui auront lieu du 21 au 24 novembre.

M. MARMASSE, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, fait une communication sur : *Cicatrisation néo-dentinaire de la plaie pulpaire. — Résultats chimiques.*

A la demande générale, le Président promet de reprendre la discussion de cette importante question à la prochaine séance mensuelle de la S. O. F., en janvier 1947. Il félicite M. MARMASSE de son brillant exposé dont les conclusions sont si intéressantes qu'elles méritent de faire l'objet d'une prochaine discussion en lui consacrant le temps nécessaire.

M. le Dr MADURO, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux : *Formes cliniques de la syphilis buccale.*

Illustrant sa conférence de souvenirs cliniques personnels très imagés, le Dr MADURO passe en revue les accidents syphilitiques primaires, secondaires et tertiaires au niveau de la cavité buccale.

Il dépeint le chancre syphilitique suivant sa localisation, toujours accompagné d'adénopathie.

Le chancre de la lèvre, érosion superficielle, lenticulaire, indolente, apparaissant de 15 à 20 jours après inoculation ; le chancre peut être lenticulaire, croûteux ou fissuraire suivant qu'il siège sur le bord rouge, près des téguments ou de la commissure labiale.

Le chancre de la langue est plus rare, celui de la gencive assez fréquent est semilunaire, celui de l'amygdale est d'un diagnostic plus difficile parce que polymorphe ; il peut prendre un aspect pseudo-phlegmoneux ou pseudo-tumoral ou ressembler à une angine de Vincent, d'où la nécessité d'un B. W. pour affirmer le diagnostic.

Le conférencier insiste sur la présence constante d'adénopathie qui accompagne le chancre et subsiste quelquefois.

Les accidents secondaires, très contagieux, sont les plaques muqueuses, lésions érosives planes, opalines, avec co-existence d'adénopathie rétro-sterno-mastoïdienne.

Les accidents tertiaires, peu contagieux, sont caractérisés par leur polymorphisme.

Au niveau des lèvres : éléphantiasis ; de la langue : gomme, sclérose. La gomme est le ramollissement d'une infiltration qui s'ulcère ; indolente et souple, elle ne s'accompagne pas d'adénophathie.

La sclérose superficielle donne à la langue un aspect rouge, fissuré, tandis que la sclérose profonde donne une langue « ficelée », capitonnée.

Si les gommes sont rares au niveau des amygdales, le voile peut être le siège d'un syphilome diffus.

Le voile infiltré est raide, rouge vineux, creusé de cratères avec perte de substance pouvant entraîner des troubles de la phonation ou de la déglutition.

Les manifestations tertiaires de la syphilis peuvent se localiser au bloc incisif avec mobilité des dents, séquestration de l'os incisif, ainsi qu'à la voûte palatine ; c'est le mal perforant, manifestation du tabès.

La leucoplasie siège aux bords, à la pointe de la langue, ou est rétro-commissurale ; d'abord banale, d'aspect laiteux, c'est une plage triangulaire à base antérieure, à pointe postérieure.

Elle ne doit pas être confondue avec le lichen plan, à siège jugal, à aspect de feuille de fougère. La lencoplasie peut devenir venuqueuse et être le point de départ d'une néoplasie.

Dr Morlaas, ancien Chef de Clinique à la Faculté : *Les Sympathalgies de la face.*

Le conférencier s'attache à définir les symptômes de la sympathalgie : douleur continue, sans causes précises, sans territoire précis, s'accompagnant de sensation de chaleur. C'est l'imprécision même de cette douleur qui doit faire penser à une étiologie sympathique.

Il établit ensuite le diagnostic différentiel de la névralgie du trijumeau, un tic douloureux de la face de Trousseau, qui se manifeste par une douleur partant d'un point fixe du trijumeau, suivant un trajet toujours le même, provoquée, déclenchée, paroxystique. Devant une sympathalgie, on devra rechercher notamment toutes les causes susceptibles de la provoquer et notamment les causes dentaires.

La thérapeutique s'attachera au terrain en général qui sera traité, mais on aura surtout recours aux attouchements du ganglion sphéno-palatin qui apporteront, sinon la guérison, du moins un soulagement durable.

Le Secrétaire des séances : Pierre Froment.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 20 octobre 1946

Dr Rochette (Saint-Raphaël). — Présentation d'instruments.

Prof. Dechaume et Dr Baclesse. — *Tumeurs mixtes de la cavité buccale. Cylindrome et métastase.*

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires peuvent se développer partout où existent des amas glandulaires normaux ou aberrants. C'est dire la diversité de leurs localisations.

Si certaines tumeurs mixtes sont histologiquement bénignes, de malignité locale, d'autres sont en fait des épithéliomas (Leroux). Entre ces types extrêmes, il y a les cylindromes.

Ceux-ci donnent fréquemment des métastases qui frappent surtout le poumon, beaucoup plus rarement le système osseux. Habituellement tardives (10-15-20 ans), les métastases ont une évolution silencieuse et doivent être recherchées systématiquement par des examens répétés au cours des années. Leur dépistage précoce a un intérêt capital en raison de la radio-sensibilité de certaines formes histologiques.

Si les tumeurs mixtes sont classiquement radio-résistantes, les cylindromes sont curables par la radiothérapie. — Nombreux clichés radiographiques et micro-photographiques coupes histologiques.

Antonio Paolo (Porto). — *Ostéo-fibrome du maxillaire.* — Observation d'un volumineux ostéo-fibrome du maxillaire inférieur. Exérèse.

Andrée Chaput et Béal. — *A propos du traitement des fractures du maxillaire inférieur (fil d'acier, coin élastique, bagues d'orthodontie. Nargénol).*

L. Lebourg. — *La dent jaune cadmique.* — L'auteur rappelle qu'il a, le premier, en 1942, décrit la coloration jaune des dents due à l'imprégnation professionnelle du cadmium. Il s'agit d'une imprégnation strictement exogène, plus marquée chez les respirateurs buccaux. Signe formel d'imprégnation cadmique, la dent jaune, d'ailleurs inconstante, n'est pas un signe d'intoxication, elle n'en est qu'un signe de présomption. L'intensité de la coloration ne permet nullement d'apprécier l'importance ni la durée de l'imprégnation cadmique. La valeur prophylactique de ce signe précoce n'en est pas moins évidente puisque lorsqu'on le constate avec une certaine intensité chez un ou plusieurs sujets d'un même atelier, on peut tenir pour également imprégné de toxique tout le personnel de cet atelier et le soumettre à des mesures de prévention collectives qui ne sauraient être limitées aux seuls porteurs de dents jaunes cadmiques.

Bureau et Duba. — *Traitement d'une fracture du maxillaire inférieur chez un enfant de deux ans et demi, par ligatures trans-dentaires bi-maxillaires.*

Robert Vrasse.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Nice
(9-14 *septembre* 1946)

I

Le *LXV^e^ Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences* s'est tenu à Nice du 9 au 14 septembre, sous la présidence de M. Montel, de l'Institut, Doyen honoraire de la Faculté des Sciences de Paris.

Les réunions ont eu lieu au Centre Universitaire Méditerranéen et au Lycée de Garçons.

Le 9, à la séance inaugurale solennelle, MM. Haag, préfet des Alpes-Maritimes ; Jacques Cotta, maire de Nice ; Mario Roques, membre de l'Institut et Administrateur du Centre Universitaire, prirent successivement la parole, pour saluer les Congressistes. M. le Professeur Montel prononça le discours d'usage, et fit l'examen précis du rôle des mathématiques dans la vie courante.

Les Délégués étrangers de Belgique, de Grande-Bretagne, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Suisse et Tchécoslovaquie, vinrent dire leur satisfaction de se trouver avec leurs collègues français et exprimèrent les vœux les plus chaleureux pour le succès du Congrès.

En plus des travaux des 26 Sections, d'importantes conférences générales et d'inter-sections eurent lieu au Centre Universitaire.

Le 9 septembre, à 15 heures, conférences de :

M. Burgers (Hollande). — *Les cristaux métalliques.*

MM. Cornil et Gastaut. — *Données actuelles sur l'Electro-encéphalographie.*

M. Cousteau. — *Photographie et Biologie sous-marine* (avec film).

A 17 h. 30, la Municipalité recevait les Congressistes à la Villa Masséna.

Le 10 septembre. — Conférences par :

M. le Professeur Wavre (Genève). — *L'invention et la découverte en mathématique et dans les sciences expérimentales.*

M. Lederer. — *L'analyse chromatographique* (avec film).

M. Ludi (Zurich). — *La zonation de la végétation de la péninsule* et d'autres travaux par MM. Bugard, Bourguignon, Gaussen, Madeleine Wassy et Isnard, sur des sujets divers.

En soirée, très beau concert à l'Opéra offert par la Municipalité.

Le 11 septembre. — Deux conférences de MM. Léon Bertrand, de l'Institut, et Collignon, sur : *Le problème de l'eau dans les Alpes Maritimes.*

D^r^ Solas. — Rapport inter-section, sur : *La Rationalisation du vocabulaire scientifique.*

A 15 heures. — Célébration du Centenaire de la découverte de Neptune, par Le Verrier.

M. Montel rappela à cette occasion le rôle du grand Astronome dans les origines de notre Association.

M. Dubrisay parla de Le Verrier, chimiste et M. Pierre Humbert retraça la vie de l'illustre savant et l'histoire de la découverte de la planète.

Cette journée prit fin par une visite aux Arènes, au Monastère de Cimiez et par le grand banquet de l'A. F. A. S. au Rock-Beach.

La journée du 12 fut consacrée à une excursion à Monaco, avec arrêt à l'Observatoire du Mont-Gros, dont le Directeur, M. Fayet, fit admirer aux Congressistes les puissantes lunettes utilisées pour les photographies d'étoiles. A la Turbie, visite du Trophée d'Auguste, réception par la Municipalité. — Remarquable déjeuner à Monaco et visite du Musée Océanographique et des jardins exotiques.

Le *vendredi* 13 *septembre*, conférences générales par :

M. Scelle, collaborateur du Duc de Grammont, sur : *Le microscope électronique.*

M. Fayet sur : *Les Cassini.*

M. Humbert. — *Les observations de Gassendi.*

M. Canac. — *Les ultra-sons au point de vue des applications maritimes, chimiques et biologiques.*

Soirée au Théâtre de Nice.

Les travaux des Sections continuèrent jusqu'au samedi 14, au matin. L'après-midi : Assemblée générale au grand Amphithéâtre du Centre Universitaire.

Au renouvellement du Bureau pour 1947 furent élus :

Président : M. Fage, Professeur au Muséum National d'Histoire Naturelle, membre de l'Institut.

Vice-président : M. Jolibois, Professeur à l'Ecole Nationale Supérieure des Mines.

Le prochain Congrès aura lieu à Biarritz, en 1947, fin septembre, et divers vœux furent adoptés.

Le Commandant Rouch, Directeur de l'Institut Océanographique de Monaco, évoqua, dans une belle conférence, la vie et la fin de Charcot, et M. Montel clôtura le Congrès en félicitant les organisateurs, conférenciers et congressistes.

Conformément à la tradition, une grande excursion en car, qui dura deux jours, permit à de nombreux congressistes de visiter les gorges pittoresques et sauvages de Cians, d'Albouys, du Verdon et de connaître, grâce à M. Léon Bertrand, la constitution géologique de cette région tourmentée.

II

XXVe SECTION (ODONTOLOGIE)

Le Congrès annuel de l'A. F. A. S. s'est déroulé à Nice, du 9 au 14 septembre, avec un plein succès.

La section d'Odontologie a fait preuve, sous la présidence de M. le Dr Hulin et selon une tradition jamais démentie, d'une activité digne de tous les éloges.

LUNDI 9 SEPTEMBRE

9 heures. — Ouverture du Secrétariat.

10 heures. — Séance solennelle d'ouverture, dans le grand amphithéâtre du Centre Universitaire Méditerranéen, avec le concours de la Musique Municipale.

14 h. 30, au Lycée. — Ouverture des travaux de la Section. — Constitution du Bureau :

Président : M. le Dr Ch. Hulin.
Vice-président : M. Molino.
Secrétaire : M. Wallis-Davy.
Secrétaire adjoint : M. Combe.

Lecture de la correspondance. — Différentes lettres d'excuses et en particulier un télégramme de notre ami le Dr Albert Joachim, de Bruxelles. La section lui a adressé, par télégramme, ses condoléances pour le deuil cruel qui l'a frappé dernièrement, et ses amitiés.

Allocution de M. le Dr Hulin

« Chers Confrères,

« C'est avec joie que je souhaite la bienvenue, à tous nos Confrères ici réunis pour le Congrès de l'Association pour l'Avancement des Sciences.

« Malgré la distance, de nombreux conférenciers sont venus nous apporter les fruits de leurs recherches et de leurs méditations. Les Confrères régionaux ont su, par leur Comité local et son distingué Président Molino, organiser des manifestations magnifiques qui entrecouperont nos travaux, en nous permettant des instants de délassement dans cette nature si riche de couleurs.

« Vous savez, Messieurs, que notre section manifeste chaque année sa vitalité ! Cette année encore, le programme qui vous est présenté vous démontre combien cette renommée est méritée. Depuis les questions les plus vastes, intéressant la médecine générale dans ses applications à notre spécialité, jusqu'aux questions les plus particulières à notre art. Tout cela va vous être présenté ici.

« Je remercie une fois de plus le Comité local qui, par son activité et son intelligente organisation, nous permet cette réunion qui s'annonce magnifique.

« Je remercie les conférenciers pour leur concours, et pour la part qu'ils prennent à l'avancement de la science dentaire. »

Communications :

1° M. L. J. Cecconi. — *Contribution à l'étude des travaux coulés en alliage inoxydable en prothèse dentaire.*

Les travaux coulés en alliage inoxydable soulèvent toute une série de difficultés qu'il y a lieu d'envisager. Après un rappel des origines du diagramme Fer-Carbone, l'Auteur fait une revue rapide de l'acier et de ses alliages, propriétés physiques et chimiques, caractéristiques mécaniques, etc..., et souligne la différence entre l'acier inoxydable et les alliages inoxydables dépourvus de fer. Suit une étude sur les revêtements spéciaux, composition et technique : chauffage puis fonte à l'aide de l'arc électrique, danger de la manipulation de celui-ci. Exposé de quelques modifications de l'instrumentation, gaine conique, fronde articulée, manchon protecteur. Enfin réparation de la pièce coulée, manœuvres mécaniques, traitements thermiques, traitement chimique, polissage. L'avenir des travaux réalisés avec ces alliages demeure lié au perfectionnement des méthodes de travail et de l'outillage, au respect plus strict de la constance de la température et enfin à l'amélioration de la fabrication des produits destinés spécialement à la prothèse dentaire. L'auteur souligne avec regret, que trop souvent, dans notre profession, c'est le fournisseur qui nous impose ses produits, alors que c'est du praticien que devraient venir les directives.

2° Dr A. Audy. — *Un pseudo-accident de dent de sagesse.*

Présentant tous les symptômes classiques de l'accident d'éruption de la dent de sagesse, avec trismus, etc..., la malade faisant l'objet de la curieuse observation qui nous est présentée avait été victime d'un corps étranger : il s'agissait, en l'espèce, d'une graine de colza, qui s'était introduite dans la muqueuse à la face postérieure de la dernière molaire et avait germé sur place. Son ablation amena la cessation immédiate des phénomènes infectieux.

18 heures. — Réception par la Municipalité à la Villa Masséna.

20 h. 30. — Banquet de la Section :

De nombreux Confrères participèrent au Banquet de la Section d'Odontologie. Le banquet fut présidé par M. le Maire de Nice, assisté de M. le Doyen Montel et de M. le Prof. Verne.

M. le Maire de Nice, le Président de l'A. F. A. S., le Dr Hulin, et un Confrère Belge prirent la parole et nous dirent des choses aussi spirituelles qu'agréables.

MARDI 10 SEPTEMBRE

Travaux de la Section

Communications :

9 heures. — M. A. Maraninchi. — *Le diagnose des accidents de première dentition* :

L'auteur rapporte une observation dans laquelle des accidents graves survenus chez un enfant, avait été mis tout d'abord sur le compte de l'évolution des dents, puis d'une méningite et enfin de simples troubles digestifs, alors qu'en fait il s'agissait d'une mastoïdite. De telles erreurs de diagnostic sont malheureusement assez fréquentes.

Dr Malingre.— *Les cellulites circonscrites aiguës péri-maxillaires d'origine dentaire* :

L'auteur propose de substituer au terme d'ostéo-phlégmon, celui plus exact de « Cellulite circonscrite aiguë péri-maxillaire ». Il étudie de façon approfondie cette affection. L'étiologie, la pathogénie, les différentes localisations anatomiques et les formes cliniques qui en résultent, la symptomatologie et les formes évolutives (cellulite séreuse ou phlegmoneuse) le diagnostic différentiel, ainsi que le pronostic et le traitement sont passés en revue.

Dr Debeyre. — *Le traitement des infections de la face par la pénicilline* :

La pénicilline a apporté un élément nouveau dans le traitement des infections graves de la face. Les résultats cependant ne sont pas aussi satisfaisants dans toutes ces affections : l'angine de Ludwig en bénéficie, mais les ostéomyélites ne s'en trouvent pas améliorées.

Pour ce qui est de son action au point de vue bucco-dentaire, certaines stomatites, les péri-coronarites semblent donner de bons résultats. Les essais faits pour la désinfection des canaux ont été négatifs.

14 h. 30. — M. Roger Villain. — *Le temps, notion primordiale en orthopédie dento-faciale* :

L'étude de la notion du temps en orthopédie dento-faciale peut se diviser en deux parties :

1° La notion du temps au début du traitement ;

2° La notion du temps au cours du traitement.

On peut dire que la date du début d'un traitement est variable suivant les cas.

mais précise pour chacun d'eux : aussi il est difficile de guider le débutant d'une façon précise. Néanmoins, nous pouvons indiquer que l'orthodontiste peut intervenir dès la naissance de l'enfant. Ainsi n'oublions pas, jusqu'à trois ans, la myothérapie et les massages ; de trois à six ans, période plus creuse quant aux possibilités de traitement. De six à sept ans, c'est la période d'évolution des incisives et nous devrions toujours empêcher une articulation croisée de s'établir ; et voici sept ans, la date capitale dans l'avenir dento-facial de l'enfant. Si une malformation est constatée, il est toujours préférable de la traiter en s'appuyant sur les dents de lait ; dans les cas où ceci n'a pu être réalisé, nous attendons dix à onze ans, c'est-à-dire l'évolution complète des prémolaires, celle des canines n'étant nullement nécessaire. Après ces dates capitales, un traitement reste toujours possible, mais doit tendre à devenir un cas d'exception. Enfin, le traitement d'orthodontie doit être synchronisé avec le programme scolaire et débuter en septembre ou octobre, ainsi, avant les grandes vacances, le traitement peut être terminé ou tout au moins la malformation la plus importante doit être corrigée. De ce fait, des appareils simples de contention se trouvent tout naturellement mis en bouche pour la période des grandes vacances, où l'enfant restera sans surveillance.

Pour obtenir un tel résultat, il faut dès que les dents se sont légèrement mobilisées, régler les appareils au maximum de rendement normal pour agir dans un minimum de temps : tout traitement qui traîne est voué à un insuccès tout au moins partiel.

En orthopédie dento-faciale, il ne faut pas compter sur « la bonne nature », celle-ci au contraire guette souvent la moindre de nos fautes pour nous infliger des insuccès.

Enfin, si les appareillages posés ont pu déterminer des caries chez des sujets prédisposés, la durée trop prolongée du port d'un même appareil est à coup sûr un facteur déterminant.

2° En ce qui concerne la contention, la règle admise est une durée égale à celle du traitement : néanmoins deux facteurs principaux doivent intervenir :

a) La notion du terrain élastopatique ou non de notre sujet ;

b) L'âge auquel a débuté le traitement. Plus celui-ci est tardif et plus la contention sera longue.

En conclusion, pour faire du bon travail en orthopédie dento-faciale, il faut prendre son temps pour tout faire en temps voulu. Ceci permettra d'obtenir :

a) Un résultat total et parfait ;

b) D'éviter les risques de caries dentaires ;

c) Et de supprimer les récidives de traitement.

Il dépend de nous et de notre persévérance de faire de l'orthopédie dento-faciale une des grandes réussites de notre Art.

Le Comité départemental d'hygiène bucco-dentaire des Alpes-Maritimes avait organisé une brillante réception à l'Hôtel Ruhl, dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro (voir page 224).

M. P. Tacail. — *Etude critique des différentes techniques de traitement orthodontiques* :

L'auteur passe en revue les différents appareillages et traitements orthodontiques, mettant en évidence leurs avantages et inconvénients suivant les conditions sociales du praticien et du patient.

M. H. Villain. — *Béance complète due à l'évolution des dents de sagesse* :

L'auteur présente un cas rare de béance totale, provoqué par la poussée des dents de sagesse, qui ont fait égresser les dents de douze ans. La correction a été effectuée par le meulage.

Une discussion très intéressante a suivi cette communication.

17 heures. — Visite de Nice par l'Association.

18 h. 30. — Réception des Confrères par le Comité Départemental d'Hygiène Dentaire.

Une note parue dans le précédent numéro a rendu compte de cette manifestation.

21 heures. — Concert symphonique à l'Opéra de Nice.

MERCREDI 11 SEPTEMBRE

Travaux de la Section

Communications :

9 heures. — M. E. Benoist. — *Les activités françaises au service de l'Hygiène Dentaire durant la guerre mondiale* (1939-1945) :

Etude chronologique de toutes les activités françaises, collectives ou privées, venues à la connaissance de l'auteur, dans le domaine de la prophylaxie et du dépistage des affections bucco-dentaires durant la guerre mondiale, témoignant de l'esprit de continuité de la France, en dépit des années tragiques qu'elle a vécues.

M. G. Dehilotte. — *Prophylaxie dentaire dans les Ecoles, moyens de la réaliser. — Résultats.*

L'auteur examine ce qu'il est possible de faire dans le domaine de l'Hygiène dentaire pour préserver notre jeunesse studieuse de la carie dentaire, tâche à laquelle se consacrent depuis plusieurs années le Comité National et les Comités départementaux en collaboration étroite avec le corps enseignant. En second lieu et comme corollaire indispensable, dépistage par l'organisation des Inspecteurs dentaires scolaires que l'on devra assurer malgré les nombreuses difficultés auxquelles on peut se heurter, sur le plan régional, départemental ou municipal. Enfin, les soins proprement dits, tout au moins pour les enfants nécessiteux, les autres ayant la possibilité de se faire traiter par le praticien de leur choix.

Suit un exposé de l'organisation des services dentaires aux Etats-Unis.

L'auteur forme le vœu que les Inspections dentaires scolaires deviennent obligatoires en France.

M. Ch. Aye, Président du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire, présente : *Les organisations sociales dans le monde moderne.*

L'auteur étudie ces organisations dans différents pays : Amérique, U. R. S. S., Angleterre, Suède, Norvège, en démontre les nombreux avantages dont bénéficient malades et dentistes, et termine par l'exposé des réalisations françaises, dont il souhaite une large extension.

11 heures. — Rapport inter-sections du Dr Solas. — XXVe et XIIe Sections d'Ethnologie *(Rationalisation du vocabulaire scientifique).*

L'auteur évoque la personnalité de M. le Dr Siffre auquel il rend hommage. Il rappelle la séance commune des sections d'Odontologie et d'Anthropologie au Congrès de l'A. F. A. S. à Toulouse, en 1910. M. le Dr Siffre avait émis le vœu qu'une Commission fut nommée, afin d'unifier la Terminologie.

Depuis 1910, la situation ne s'est pas améliorée ; des néologismes apparaissent de temps à autre (quelques exemples en sont donnés) dont ni le sens, ni la forme ne sont pleinement satisfaisants.

Il en est de même dans toutes les branches scientifiques et en particulier dans celles qui sont basées sur les études biologiques.

Cette situation que l'on retrouve à peu près identique dans les pays étrangers, gêne considérablement l'échange des idées et, par conséquent, retarde non seulement la diffusion des travaux, mais finalement entrave les progrès scientifiques.

Afin de remédier à ces inconvénients, l'auteur propose que dans chaque profession un comité de terminologie soit constitué.

Ce Comité mixte, composé de praticiens et de linguistes, recenserait les mots scientifiques. Il indiquerait les améliorations qu'il conviendrait d'apporter aux mots existants et ferait des suggestions concernant les néologismes.

Les Comités professionnels groupés dans des comités nationaux nommeraient enfin un Comité International permanent composé, lui aussi, de professionnels et de linguistes.

La tâche de ce Comité International serait de surveiller le vocabulaire et de favoriser la construction de ses mots nouveaux, notamment par la publication d'un Dictionnaire international des racines grecques et latines. Ce Dictionnaire serait la source unique où les auteurs puiseraient dorénavant.

Parallèlement à l'amélioration du vocabulaire scientifique, des mesures seraient prises en vue d'en assurer une diffusion. rapide.

Les étudiants désireux de s'inscrire dans les Facultés où l'enseignement est basé sur les sciences biologiques devraient subir une épreuve d'étymologie.

Un cours sommaire obligatoire les préparait à cette épreuve ; il serait donné à la fin des études primaires supérieures ou secondaires ou au début des études supérieures.

Les journaux et les Sociétés scientifiques seraient sollicités pour leur appui à ces réformes.

A la suite du rapport fait par M. le Dr Solas aux sections réunies d'Ethnologie et d'Odontologie, il ressort que le vocabulaire scientifique comporte un très grand nombre de néologismes ne figurant dans aucun dictionnaire.

D'autre part, les étudiants sont actuellement dépourvus de toutes connaissances gréco-latines.

La conséquence de cet état de choses est une incompréhension ou tout au moins une mauvaise compréhension d'un grand nombre de termes essentiels.

Pour remédier à cet état de choses les membres de la section d'Odontologie émettent les vœux :

1° Qu'un enseignement sommaire gréco-latin soit donné aux étudiants en chirurgie dentaire. — Enseignement essentiellement pratique. — Eléments de déclinaisons, de conjugaisons.

Règles de la dérivation et de la composition gréco-latine, pas de syntaxe.

2° Cet enseignement doit être sanctionné par un examen ;

3° Il serait souhaitable que les autres professions basées sur la biologie, médecine, pharmacie, art vétérinaire, zoologie, etc..., bénéficient d'une semblable réglementation ;

4° L'enseignement sommaire gréco-latin peut être placé soit en fin des études scolaires et sanctionné lors des épreuves du baccalauréat, soit au début des études supérieures du premier trimestre.

MM. MONTEIL et MARTINE. — *Une expérience de prophylaxie dentaire infantile.*

Les auteurs portent à notre connaissance les résultats obtenus par l'ensemble des confrères d'une commune de la banlieue de Paris, dans le dépistage et le traitement de la carie dentaire chez les enfants des écoles.

Devant l'ignorance des parents sur l'opportunité du traitement dentaire chez l'enfant, les auteurs envisagèrent trois solutions, déjà notées par notre confrère, M. LOISIER, au dernier Congrès de l'A. F. A. S.

1° Liberté totale de choix du praticien, c'est-à-dire au cabinet dentaire ;

2° Création de cliniques avec chirurgiens-dentistes fonctionnaires ;

3° Utilisation et intensification des centres existants, avec participation des praticiens de la localité (créations réduites à l'indispensable).

N'étant pas partisans du traitement chez le praticien (pusillanimité, perte de temps), ni pour des raisons budgétaires de la deuxième solution, les auteurs inclinèrent à la troisième solution, et, après avoir suivi l'expérience tentée à Meudon, par des confrères sous la direction du Dr DECHAUME, ils décidèrent, avec les chirurgiens-dentistes de Clamart, de créer dans leur commune : *le Service social de prophylaxie dentaire infantile.*

Ils décrivent l'organisation de ce service, le Comité de gestion, etc., et énumèrent les statistiques concernant les travaux et les soins exécutés.

Encouragés par l'excellence des résultats, ils sont persuadés de voir, l'an prochain, augmenter le pourcentage d'enfants fréquentant ce service, pour le plus grand bien de leur état dentaire et, partant, de leur état général. Ils convient nos Confrères à organiser dans leur localité des services analogues.

14 h. 30. — Dr Ch. HULIN. — *Etat actuel de la Profession.*

L'auteur, dans un rapport extrêmement détaillé et documenté, expose les problèmes que soulève la réorganisation de la Profession dentaire et de son enseignement ainsi que les raisons qui militent en faveur du maintien du diplôme de Chirurgien-Dentiste.

M. LAKSINE (Cannes). — *Pour une renaissance professionnelle.*

L'auteur propose, sous différents contrôles, l'organisation rationnelle des soins bucco-dentaires pour la renaissance de la moralité professionnelle.

Il demande, sous forme de vœux : que la lutte contre les fléaux bucco-dentaires soit entreprise avec les moyens efficaces nécessaires.

Surveillance de la probité professionnelle par le Conseil de l'Ordre (section disciplinaire). — Création d'une Commission de la santé bucco-dentaire au sein du Ministère de la Santé (représentants qualifiés de la profession). — Création d'un centre de recherches scientifiques apportant une solution rapide aux différents problèmes techniques (médicaments, métaux inoxydables, etc...).

Le Dr AUDY fait un pressant appel en faveur de « L'Aide Immédiate » en cas de décès, organisation de l'Association générale des Dentistes de France.

17 h. 30. — Visite dirigée et commentée aux Arènes de Cimiez, au Château de Nice, au Musée Barla (Cérémonie du Centenaire).

20 heures. — Grand banquet de l'A. F. A. S.

JEUDI 12 SEPTEMBRE

JOURNÉE MONÉGASQUE

Excursion à Monaco, par la grande Corniche, la Turbie, visite du Musée et du Trophée d'Auguste. — Réception par la Municipalité. — Déjeuner à Monaco et visite de l'Institut Océanographique.

VENDREDI 13 SEPTEMBRE

Communications :

9 heures. — Dr Ch. HULIN. — *Technique médico-chirurgicale des* : a) *Parodontoses pyorrhéiques* (pyorrhée alvéolaire). — Projection d'un film en couleurs commenté par l'auteur. — b) *Parodontoses pyorrhéiques et nutrition.*

L'auteur trace un parallèle entre la parodontose pyorrhéïque (pyorrhée alvéolaire) et la nutrition.

Longtemps on a soupçonné le foie d'être à la base de ces états suppuratifs des tissus d'implantation des dents.

L'auteur, par des examens systématiques de l'ensemble des fonctions hépatiques, arrive à isoler les facteurs pathologiques fonctionnels qui agissent sur ces états gingivaux. Il pratique l'instantané hépatique de Noël Fiessinger, au moyen duquel il isole les fonctions hépatiques déficientes.

Il établit les relations hépato-ovariennes qui existent chez la femme qui présente les lésions de cette espèce d'eczéma gingival qu'est la pyorrhée alvéolo-dentaire, et propose les correctifs thérapeutiques à ces états qui aident à réduire les lésions gingivo-alvéolaires.

La présentation de son magnifique film en couleurs a eu un grand succès.

M. Guinat. — *Les bases dentaires de la philosophie sanalogique.*

Au début : enquêtes internationales destinées à doter notre pays d'une documentation de propagande en faveur de la santé bucco-dentaire. Constatation de l'erreur commise par les propagandes étrangères. Création d'une méthode scientifique de propagande, la psycho-propagande. Passant à la phase appliquée et constatant la prédominance pratiquement accordée à l'assistance sur la propagande, alors que, théoriquement, on admet la priorité de la propagande sur l'assistance, recherche de la cause de cette erreur. Etablissement de la responsabilité des influences affectives et mystiques, qui ont faussé les rapports des problèmes de l'assistance et de la propagande. Le problème de la santé, étant ainsi faussé sur ses bases, l'auteur le reprend et aboutit à la création d'un nouvel échafaudage des sciences de la santé, la conduisant, de proche en proche, à un nouveau système philosophique, qu'il désigne sous le nom de « philosophie sanalogique » à assises essentiellement scientifiques, conformément aux vœux de la pensée positiviste.

14 h. 30. — M. Max Filderman. — *La Presse dentaire, son histoire, sa tâche.*

Après avoir montré l'importance numérique de la Presse dentaire, tant en France qu'à l'étranger et avoir précisé plusieurs points de l'histoire de nos périodiques, l'auteur expose les problèmes que soulève la rédaction d'une revue dentaire.

Dr Boisnière. — *Etude sur l'origine hépato-intestinale de certaines gingivites.*

L'auteur, à la suite de nombreuses observations bactériologiques, démontre la présence, dans les languettes gingivales, d'une flore d'allure morphologique intestinale, superposable en nombre et en éléments à celle prélevée dans les selles du même individu.

A la suite d'un déséquilibre des sécrétions biochimiques de l'estomac, pancréas, foie, la rupture de la barrière hépatique permet l'envahissement microbien de l'intestin.

Passant dans le torrent circulatoire, ces éléments figurés viennent se fixer au niveau des tonsilles gingivales déterminant une congestion suivie d'infection.

L'hémoculture intra-gingivale permet de constater la présence fidèle de l'entérocoque et de lui attribuer un taux important de responsabilité dans l'origine hépato-intestinale des gingivites étudiées par l'auteur.

20 heures. — Soirée au Théâtre de la Méditerranée.

SAMEDI 14 SEPTEMBRE

Fin des Travaux des Sections

Au Grand Amphithéâtre du Centre Universitaire Méditerranéen eut lieu l'assemblée générale de l'A. F. A. S. et la séance de clôture du Congrès.

Les vœux présentés par les sections furent adoptés.

Le prochain Congrès aura lieu à Biarritz. La date exacte n'est pas encore fixée.

A. Derouineau.

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Communiqué.

LE ROLE DU SECOURS DENTAIRE INTERNATIONAL

Au lendemain de la guerre, en présence des désastres qui en sont résultés et qui ont été générateurs de tant de ruines. le Secours Dentaire International que préside avec une si grande autorité l'éminent praticien qu'est le Dr Jaccard a recherché comment il pourrait utilement seconder l'effort de reconstitution si courageusement entrepris dans nombre de départements et, en particulier, dans ceux qui ont été les plus rudement atteints.

Désireuse de s'associer à la tâche poursuivie par l'ensemble de la Nation Française, la Nation Suisse a voulu rechercher en quelle mesure elle pourrait réaliser au mieux des intérêts de la France l'œuvre charitable dont elle prenait l'initiative.

Sous l'impulsion du Président du Secours Dentaire International la Nation Suisse a été tout entière conviée à témoigner sa sympathie à la Nation voisine si profondément meurtrie.

Faisant intervenir ses qualités, unanimement reconnues, d'Hygiéniste de l'enfance, le Secours Dentaire International estima que parmi les graves conséquences de la guerre il convenait de porter remède, sans délai, à une affection dont la fréquence et le manque de thérapeutique étaient susceptibles de compromettre dans des conditions redoutables l'état sanitaire de la jeunesse des écoles. Il visait ainsi l'activité si nocive des caries dentaires dont le pourcentage dans ces derniers mois atteignait dans la presque totalité des départements 92 %.

D'accord avec le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, le Secours Dentaire International a établi un premier programme réservé aux départements les plus sévèrement atteints.

C'est ainsi que les villes du Havre, de Caen et de Brest prirent place dans le premier stade des villes qui seraient appelées à bénéficier des cliniques dentaires scolaires.

Un délégué du Conseil National de l'Ordre, M. Kœnig, fut alors désigné pour provoquer dans ces trois villes et ultérieurement, si possible, dans d'autres centres importants, la collaboration des praticiens de l'Art Dentaire et, en particulier, d'accord avec le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, celle des Comités départementaux d'Hygiène Bucco-Dentaire.

L'entente fut rapidement obtenue et dès maintenant le matériel si généreusement fourni par le don suisse a déjà reçu en France sa première affectation que les praticiens français du Havre, en étroite collaboration avec leurs confrères suisses, approprient à sa destination.

Il en sera de même, à brève échéance, à Caen et à Brest, et il n'est pas défendu d'espérer que d'autres villes aussi gravement sinistrées, seront appelées à bénéficier ultérieurement des mêmes avantages.

Ce qu'il faut noter, c'est que les cliniques scolaires dentaires dont il s'agit, exclusivement réservées aux enfants d'âge scolaire, sont cédées à la France par le Secours Dentaire International, complètement équipées en matériel et en instrumentation et que, pendant une durée de six mois, des praticiens suisses prêteront leur concours à leurs confrères français qui, au bout du délai ci-dessus indiqué, deviendront, sous la responsabilité du Conseil National de l'Ordre, les propriétaires de ces organismes de soins.

Ajoutons que l'organisation pécuniaire de ces cliniques est assurée par le jeu des prestations des Assurances Sociales et que les Praticiens traitants seront honorés.

Le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire, au concours duquel il est fait appel, ne peut que suivre la ligne de conduite qui lui est tracée par le Conseil National et exprimer sa vive gratitude à la Nation Suisse et au Comité Dentaire International qui donne à la France un témoignage admirable de solidarité en consentant un aussi magnifique effort en faveur de la santé de nos enfants.

CONCOURS D'AFFICHES

Le Jury chargé d'examiner les projets d'affiches qu'ont fait parvenir au Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire les dix concurrents qui ont participé à ce concours s'est réuni le 28 novembre.

L'attribution des prix a été faite dans l'ordre suivant :

Premier prix. — M. Jean Madelin, 16, rue Cail, Paris (10e), pour l'affiche intitulée : « *La bonne habitude* ».

Deuxième prix. — M. C. Le Drapier, chirurgien-dentiste, 103, avenue de la République, Paris (11e), avec l'affiche intitulée : « *Santé et Joie* ».

Troisième prix ex-æquo. — M. Laugier Robert, 169, rue Ordener, Paris (18e), pour le projet intitulé : « *Eduquer c'est prévoir* ».

M. Combrisson, 5, rue Etienne à Fécamp, pour le projet intitulé : « *Qui prend soin de ses dents protège sa santé.* »

M. Claude Moniez, chirurgien-dentiste à Epehy (Somme), pour un projet intitulé : « *Hygiène Dentaire, base essentielle de la santé et de l'esthétique* ».

Premières mentions. — MM. le Dr Chazerand, Gentilhomme, Hétroy, Pouilley, Serebriakoff.

UNE HÉROÏNE

DANIELLE CASANOVA

Chirurgien-Dentiste

(Ajaccio 1909 — Auschwitz 1943)

Nous venons de lire avec un poignant intérêt une plaquette éditée par l'*Union des Femmes Françaises* qui relate la vie — et hélas, la mort — de Danielle CASANOVA.

Ce que fut Danielle CASANOVA, en quoi consista son action, quel rayonnement émanait de sa forte personnalité, il n'est, pour le concevoir, que d'entendre avec quelle ferveur parlent de leur « grande amie » tous ceux qui l'ont approchée et suivie.

Nous ne pouvons, de par le peu de place qui nous est inpartie, que reproduire de trop brefs extraits de cette brochure ; du moins avons-nous l'espoir d'inspirer à nos lecteurs le désir de la lire dans son entier (1).

Née à Ajaccio, Danielle CASANOVA vient à Paris, en 1927, pour y faire ses études, et s'inscrit à l'Ecole Odontotechnique, où les excellentes notes qu'elle obtient attestent une sérieuse préparation à l'existence professionnelle. A cette époque déjà, animée par les idées généreuses et altruistes qui ne cesseront de la guider, elle adhère à tous les mouvements d'émancipation et de lutte pour une France toujours plus libre et plus heureuse. Très vite populaire parmi les étudiants et les jeunes travailleurs du 5e arrondissement, infatigable, elle occupe dans divers groupements des postes de premier plan, ce qui l'amène à participer aux journées de contre-manifestation de février 1934.

Dès 1936, elle devient l'animatrice de l'*Union des Jeunes Filles de France* qui groupe d'abord 1.000 adhérentes et qui en compte bientôt 20.000, organisation puissante où, plus tard, la Résistance puisera ses plus agissants éléments. Mais son action ne se borne pas à s'exercer en France. On la retrouve, en effet, à Moscou en 1936, en Espagne, où, conduisant un convoi de lait destiné aux enfants, elle reçoit de Barcelone et de Madrid un accueil enthousiaste, à New-York enfin, en 1938, au Congrès Mondial de la jeunesse.

Cependant, cette existence ardente de militante se doublait d'une vie professionnelle active, et la population laborieuse de Villejuif et du 20e arrondissement n'a pas perdu le souvenir d'une Danielle CASANOVA en blouse blanche, travaillant au dispensaire de la Bellevilloise ou à celui de Villejuif, auquel son nom vient d'être donné.

Quand viennent la défaite et l'occupation, son rôle se trouva tout naturellement tracé : elle résistera, et elle deviendra, en effet, le symbole, la figure même de la Résistance. C'est elle qui entraîne la jeunesse dans les manifestations du 11 novembre 1940, geste qui avait pu être jugé stérile par les esprits superficiels, mais pourtant fait capital, en ce qu'il était le premier épisode de la lutte ouverte contre l'occupant, le premier acte de ralliement des patriotes. Puis elle participe à la formation de groupes de francs-tireurs et de partisans, et aussi elle organise les femmes de prisonniers, les femmes obsédées par le souci du pain pour les enfants. D'autre part, elle dirige un

---

(1) *Une vie, un exemple* : DANIELLE CASANOVA. — Editions de l'Union des Femmes Françaises, 12 *bis*, rue d'Astorg, Paris-8e.

journal clandestin, et crée des sociétés féminines,dont le rôle sera de première importance dans la préparation de la libération.

Mais, le 15 février 1942, elle est arrêtée par la police française et livrée à la Gestapo. Emprisonnée à la Santé, torturée, affamée, rien ne peut l'abattre, et elle demeure fidèle à sa patrie, à son idéal, à son honneur. Mais, avec elle, c'est l'esprit de lutte qui est entré dans la prison et qui anime aussitôt ses co-détenues.

Cette lutte ouverte, elle l'organise tout de suite au fort de Romainville où elle est transférée, à tel point qu'elle a l'honneur de s'entendre dire par le commandant du camp : « Vous, quand on fusillera les femmes, vous serez la première ».

En janvier 1943, c'est le départ pour Auschwitz, où, au mois de mai, elle meurt du typhus, victime de son inlassable esprit de dévouement ; car, là aussi, elle s'était dépensée sans compter, assistant et soignant les malades, apportant à toutes le réconfort de sa présence, de son entrain, de sa gaîté même, car, comme l'écrit une de ses compagnes, sa vertu savait n'être pas austère.

Une chose frappe particulièrement à la lecture des récits de ses camarades de lutte, c'est l'extraordinaire ascendant, l'influence morale que Danielle CASANOVA exerçait sur elles, arrivant à maintenir entre elles la cohésion nécessaire, en dépit de leurs formations souvent très différentes, c'est aussi la façon dont elle réussissait par son exemple et son optimisme raisonné à remonter le courage de celles dont le moral menaçait de défaillir. « Elle sut exalter les nobles vertus de la jeunesse française : dévouement aux grandes causes, amour de la justice, esprit de lutte et de sacrifice. Elle sut faire naître, en un temps où les raisons de découragement ne manquaient pas, l'amour du métier, le goût des loisirs sains, l'admiration pour les belles choses ».

Tout est à lire, dans la brochure dont nous venons de tracer un simple aperçu, et les lettres si émouvantes de Danielle CASANOVA, et les témoignages de ses compagnes de lutte et de captivité, et les documents tels que ce *Patriote du Fort de Romainville*, petit journal manuscrit, reproduit en *fac-simile*, diffusé en captivité, au prix de quels risques !

En un temps où toutes les professions honorent leurs héros et leurs martyrs, au moment où l'Union des Femmes Françaises vient de publier « *Une vie, un exemple* », nous avons voulu à notre tour raviver le souvenir de Danielle CASANOVA, qui fut l'une des nôtres, en rendant hommage à celle dont la vie fut plus qu'un modèle, et qui, du fort de Romainville, écrivait courageusement : « La souffrance n'attriste pas, elle donne des forces » (1).

H. DREYFUS.

(1) La municipalité parisienne, désirant perpétuer le souvenir de DANIELLE CASANOVA a donné son nom à une importante voie du centre, la partie de la rue des Petits-Champs qui unit l'Avenue de l'Opéra à la rue de la Paix.

LE PAPE A PRONONCÉ L'ÉLOGE DU DENTISTE

Nous avons plaisir à relever dans le quotidien « Combat », du 29 octobre dernier, cette dépêche de Rome où nos confrères liront avec satisfaction les paroles élogieuses que le Saint Père a adressées aux membres de l'Association des Dentistes Italiens et, à travers eux, à tous les chirurgiens-dentistes. C'est là un témoignage d'estime et de reconnaissance d'un illustre patient, que nous sommes heureux d'enregistrer.

Rome, 28 octobre (de notre correspondant particulier). — Pourquoi donc le nom de dentiste évoque-t-il non seulement un sentiment de crainte, — ce qui serait normal, — mais aussi on ne sait quel sourire légèrement ironique ? Sans doute parce qu'il évoque injustement le souvenir de la brutalité foraine des ancêtres de l'art dentaire, les arracheurs de dents.

Aussi le dentiste avait-il droit à la réhabilitation qu'il a obtenue à Castelgandolfo où le Souverain Pontife en personne a prononcé en son honneur un discours, que « L'Osservatore Romano » a publié *in extenso,* « tel qu'il l'a pu recueillir des lèvres augustes » du Pape.

« Peu de gens savent apprécier à son juste titre l'élévation de la profession, de la mission du dentiste », a déclaré Pie XII. Pour l'exercer, il faut non seulement une profonde science, mais encore « un art accompli fait d'intuition naturelle et d'expérience ». Il faut aussi « du tact et de la finesse psychologique, posséder la force de persuation et l'autorité morale nécessaires pour prévenir et dominer les hésitations et les appréhensions instinctives, plus pénibles et plus rebelles d'ordinaire que la souffrance elle-même ».

Portrait du dentiste. — Ces prémisses posées, voici un « portrait » du dentiste et un énoncé des qualités que sont art réclame :

« De quelle constance, de quelle patience, de quelle résistance physique n'avez-vous pas besoin ! Quel effort ne devez-vous pas soutenir, dans une tension perpétuelle de vos sens, de vos nerfs, de tout votre corps, de votre esprit, de votre volonté, de votre sensibilité. Toujours debout, dans une attitude très souvent incommode, les yeux fixes, les deux mains occupées, chacune de son côté, toutes les deux devant rester souples sans que les doigts se contractent en maniant plusieurs instruments à la fois, tous les gestes étant rendus difficiles par les réflexes et les réactions du patient, qu'il n'est pas toujours possible d'empêcher. Et au milieu de tous ces efforts, il vous faut conserver imperturbablement votre calme, votre courtoisie, votre douceur, votre esprit de charité ».

Ayant ainsi montré les difficultés de la tâche, le Pape a analysé l'aspect social de la profession de dentiste. Le moindre désordre, le moindre défaut d'un des innombrables organes, tissus, d'une seule muqueuse de la bouche, peut avoir sa répercussion sur la santé, sur le bien-être, sur le caractère, sur le rendement de travail, sur les relations de l'homme avec ses semblables. Et enfin, « plus mystérieuse et surprenante encore est la mission silencieuse dévolue à la bouche, celle d'exprimer le caractère et les sentiments ; car ceux-ci ne sont pas traduits seulement par le front et les yeux, mais aussi par la partie inférieure du visage qu'un seul pli quasi imperceptible de la lèvre souvent transforme et peut varier presque à l'infini ».

Les dentistes applaudissent. — On ne s'étonnera pas d'apprendre que les membres de l'Association des Dentistes italiens, auxquels ces paroles étaient adressées, les ont accueillies « par de très vives acclamations ». Ils entendent rarement prononcer leur éloge, et sans doute est-ce pour la première fois dans l'histoire de l'Eglise qu'un Souverain Pontife aura ainsi proclamé solennellement l'excellence et la noblesse de l'art dentaire.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée Générale du 20 octobre 1946

Rapport de M. BESOMBES, *Secrétaire général.*

Mes chers confrères,

Le présent rapport vous rend compte des faits qui ont marqué la vie de notre Association depuis notre dernière réunion.

I. — CONSEIL D'ADMINISTRATION. — BUREAU.

Depuis le 26 mars 1944, date de notre réunion d'information, le Conseil d'Administration a tenu trois séances ; le Bureau s'est réuni 31 fois.

II. — STATISTIQUE DES MEMBRES (Admissions, démissions, membres honoraires)

172 admissions ont été prononcées ;
12 membres ont demandé leur réintégration (acceptées) ;
7 démissions ont été acceptées.
1 membre honoraire a été nommé (M. HALOUA, aujourd'hui décédé).

DÉCÈS. — Depuis notre dernière assemblée, nous avons eu le regret de perdre 20 membres de notre Groupement : M. HALOUA, membre du Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris et de celui de l'Association, administrateur-gérant du journal *L'Odontologie* ; M. ROBINE, ancien membre du Corps enseignant de l'E. D. P. ; M. Georges ANDRÉ, membre du Conseil de l'E. D. P. ; M. LAMBERT (Valence) ; M. LOYER ; Mme DORCHIES (née Denise FAURE) ; Mme RÉGIS, membre du Corps enseignant de l'E. D. P. ; M. DE BEAUREGARD, membre du Conseil de l'A. G. D. F., chef de clinique à l'E. D. P. ; Dr Oscar AMOEDO (membre honoraire) ; Gaston FOUQUES (membre honoraire), ancien membre du Corps enseignant de l'E. D. P. et ancien président de l'A. G. D. F. ; M. RICHARD-CHAUVIN, l'un des fondateurs de l'E. D. P. ; M. DELOURMEL, membre du Corps enseignant de l'E. D. P. et du Conseil d'Administration de l'A. G. D. F. ; M. BEAUSILLON (membre honoraire) ; Dr MAIRE (membre honoraire) ; Louis CALAME ; Dr DESFORGES, ancien membre du corps enseignant de l'E. D. P. ; Dr LEMIÈRE ; M. HUET (Bruxelles) membre honoraire ; M. LUBETZKI, membre du Corps enseignant et du Conseil d'Administration de l'E. D. P., et en dernière heure, le Dr P. VANEL.

L'effectif de notre Association se décompose par suite ainsi : Honoraires : 18. — Titulaires : 938. — En ce qui concerne les pupilles de notre Association, la rentrée de l'E. D. P. n'étant pas encore complètement effectuée, nous ne pouvons en donner le nombre exact.

Pour la première fois depuis la guerre, la réouverture solennelle des cours a eu lieu à l'Ecole Dentaire de Paris, le 3 novembre 1945 et un hommage a été rendu à la mémoire des confrères et élèves disparus, avec appel des morts.

ACTIVITÉ DE L'ASSOCIATION

A) *Activité extérieure* :

1° FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.). — La Fédération Dentaire Nationale dans laquelle notre Association est représentée par ses délégués, a organisé les manifestations qui se sont déroulées au mois de décembre 1944 pour commémorer le centenaire de la découverte de l'anesthésie au protoxyde d'azote, par Horace WELLS ; manifestations qui eurent un plein succès.

En novembre 1945, une réception a été organisée chez le président, M. H. VILLAIN, pour recevoir les délégués de la F. D. I. venus à Paris pour assister aux « Journées dentaires de Paris ».

A la suite de la retraite de M. BLATTER qui, en raison de son âge et de la fatigue, a abandonné ses fonctions de Président-Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, la *F. D. N.*, en témoignage de reconnaissance à M. BLATTER pour les services qu'il a rendus à la profession, a décidé d'ouvrir une souscription pour lui offrir un souvenir, et organise actuellement une manifestation de sympathie à son égard.

Nous nous y associons avec la plus grande ferveur. A. BLATTER a toujours été,

pour tous, un conseiller, un animateur, un conciliateur remarquable. La bienveillance souriante dont il ne s'est jamais départi, consolera sans doute une vieillesse attristée par les événements. Puisse le magnifique exemple qu'il nous donne être suivi par tous et inciter tous nos sociétaires à un geste largement généreux de reconnaissance.

2° Fédération dentaire internationale (F. D. I.). — Une réunion du Bureau et du Comité exécutif de la Fédération Dentaire Internationale a eu lieu à Bruxelles, le 24 juin 1946.

La séance fut ouverte par le doyen d'âge, M. Rowlett, qui en termes très émus, rappela les noms des membres du Comité disparus depuis la dernière réunion plénière tenue à Zurich en août 1939.

Le Comité a examiné dans cette réunion la situation internationale et le moyen de faire revivre cet important organisme. Une réunion plénière a été décidée et se tiendra à Paris au cours des « Journées Dentaires de Paris », les 29 et 30 novembre 1946.

3° Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.). — Cet organisme, contraint depuis 1940 de suspendre ses réunions, a tenu son premier Congrès après la libération (*Congrès de la Victoire*) du 20 au 26 octobre 1945, à la Sorbonne.

Cette année, le 65e Congrès de l'A. F. A. S. a eu lieu à Nice, du 9 au 14 septembre, et la 25e Section (Odontologie) a été présidée par le Dr Hulin, Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes. Les comptes rendus et communications seront publiés dans *L'Odontologie*. Notre Groupement était représenté par MM. Dr Audy, H. Villain, Wallis-Davy,.

Notre Groupement a été également représenté au *Congrès de la Société Suisse d'Odontologie*, qui s'est tenu à Zurich du 17 au 19 mai 1946, ainsi qu'aux « Journées médicales de Bruxelles », en juin 1946, par MM. Dr Audy, Fontanel, Dr Hulin et H. Villain.

M. Wallis-Davy a été désigné pour représenter le Groupement à la séance inaugurale de la Société Stomato-Odontologique, récemment créée par l'Institut de Stomatologie de Lille. Une invitation à cette réunion avait été envoyée par le Dr Soleil, directeur de l'Institut dentaire de Lille.

Le XIXe Congrès annuel de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale a eu lieu à Paris, du 30 mai au 1er juin 1946.

4° Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.). — Notre affiliation à cet organisme a été maintenue et nous avons continué à soutenir son effort par l'apport des cotisations de nos membres.

5° Comité national d'hygiène bucco-dentaire. — Ce Comité, incorporé dans le cadre officiel du Ministère de la Santé Publique, a tenu d'importantes réunions et des rapports ont été présentés pour l'organisation des soins dentaires aux enfants, à Paris et dans les départements, ainsi que pour la réglementation de l'inspection dentaire scolaire. Plusieurs de ces rapports présentés au Congrès de l'A. F. A. S. en 1945, ont été publiés dans *L'Odontologie*.

B) *Activité intérieure* :

1° Aide immédiate en cas de décès. — Depuis notre dernière assemblée, 10 décès ont été enregistrés à « l'Aide Immédiate » et les allocations ont été versées aux ayants-droit. Nous avons eu 7 adhésions nouvelles.

La quote-part au décès a été portée à 100 fr., par décision du Conseil du 28 octobre 1945 et après acceptation des adhérents, par voie de referendum. Cette décision permet le versement d'une indemnité beaucoup plus élevée et mieux en rapport avec les temps présents.

2° Commission de prévoyance. — La Commission a examiné les demandes de Bourses pour les années scolaires 1944-45 et 1945-46, qu'elle a transmises avec ses propositions au Conseil d'Administration qui a statué.

Elle a eu, au cours de ces deux dernières années, à distribuer des secours à d'infortunés confrères dans le malheur.

3° Section de prothèse. — La Section de Prothèse a fonctionné normalement en 1944, mais les cours d'Enseignement pratique aux apprentis ont dû être supprimés depuis l'année dernière en raison du manque de place à l'Ecole Dentaire de Paris où les locaux ne sont plus suffisants pour le grand nombre d'étudiants inscrits. Les cours théoriques pour les apprentis continuent néanmoins deux fois par semaine, et vont reprendre cette année au mois de novembre.

4° L'odontologie. — La gestion de notre organe faisant l'objet d'un rapport spécial de M. Fontanel, administrateur gérant, je me bornerai à rappeler que le *Bulletin de l'A. G. D. F.*, contenu dans chaque numéro, renseigne de son mieux les membres de notre association sur tout ce qui touche la profession.

CONCLUSIONS. — Notre Association continue à contribuer aux progrès scientifiques de la profession par sa participation aux divers congrès et plus particulièrement par la voix de son organe *L'Odontologie*. Au point de vut mutuel, elle a rendu service aux membres de la profession par ses organismes créés dans ce but : « Aide immédiate en cas de décès », Bourses et secours d'études aux étudiants nécessiteux, secours aux confrères dans le malheur.

Tels sont, mes chers confrères, les faits principaux concernant la vie physique de notre Association depuis notre réunion du 26 mars 1944.

***

C'est pour un secrétaire général en fonction depuis bientôt cinq années, une tâche qu'il faut souhaiter singulière que de présenter, *pour la première fois*, un rapport complet à une Assemblée générale régulière, comportant au surplus le renouvellement *total* des membres du Conseil d'administration.

Vous connaissez les raisons de cette exceptionnelle situation : ayant eu l'honneur de succéder à mon maître et ami, le regretté Albert DEBRAY, au plus profond de l'abîme des « saisons amères », votre secrétaire général ne vous a présenté jusqu'ici que des *comptes rendus* au cours de ces « *Réunions générales d'information* », sinon clandestines, du moins illégales que notre association (qui jugeait que *travailler quand même*, sous l'occupation, était travailler pour la profession et pour le pays, que *maintenir quand même* valait mieux que s'abstenir) a tenu, en dépit des événements, c'est à dire malgré les hommes et malgré les faits en 1942, 1943, 1944.

Vous me pardonnerez donc la longueur anormale de ce rapport, qui me semble devoir comporter, en plus des faits matériels concernant le passé, un exposé de la situation présente, et, sans vouloir jouer les Cassandre, de voir quel peut être l'avenir de notre profession.

Faire le point de la situation professionnelle actuelle, c'est-à-dire se livrer à un tour d'horizon professionnel exigerait un temps beaucoup plus long que celui qui m'est dévolu. Elaguant délibérément les questions accessoires, je me bornerai à attirer votre attention sur deux problèmes importants.

SUR LE PLAN MORAL. — Il était permis d'espérer que le rehaussement des diplômes exigés à l'entrée des écoles dentaires entraînerait *une élévation du niveau culturel* des jeunes praticiens. Malheureusement, les *difficultés matérielles* du temps de guerre, les nombreuses *réductions de durée des études* accordées sous de multiples prétextes, le *manque de matériaux* et d'outillage professionnels (petite instrumentation notamment), ont été peu propices à *l'éducation pratique* de nos étudiants, dont la *formation technique* comporte malheureusement ainsi bien des lacunes ; lacunes qui devront être comblées par l'intensification des travaux de nos *Sociétés scientifiques* qui doivent jouer *à plein leur rôle de Sociétés de perfectionnement*.

Mais il était permis aussi d'espérer que *l'identité des diplômes* initiaux (baccalauréat obligatoire) amènerait la disparition du « préjugé défavorable » dont souffrent l'enseignement dentaire et le titre de « Chirurgien-Dentiste » dans d'autres milieux universitaires dont le désintéressement n'est, peut-être, pas absolu...

Sans doute n'ai-je pas besoin de préciser et avez-vous compris l'allusion à l'éternelle « *querelle odonto-stomatologique* », vieux cheval de bataille enfourché par les générations successives de professionnels.

Tour à tour, les leaders des deux clans semblent s'affronter véhémentement, puis paraissent devoir aboutir à des accords dont l'enfantement reste laborieux. La majorité de nos confrères reste ignorante de ces tractations qui demeurent l'apanage de quelques rares initiés, défendant opiniâtrement des idées préconçues.

Peut-être est-ce mieux ainsi, si l'on estime que rien n'est plus fâcheux qu'un espoir déçu, quand cet espoir est celui d'une entente entre deux catégories de praticiens également estimables et dont la coopération étroite est plus souhaitable pour la Santé publique que les stérilisantes querelles.

Il semble ici que nous devions suivre avec la plus extrême attention la question d'évolution professionnelle. Nous avons des devoirs envers les nombreux étudiants qui surpeuplent actuellement nos écoles. Leur nombre pose des problèmes en ce qui concerne leur formation professionnelle sans doute, mais il importe aussi que le diplôme qu'ils acquièrent ne fasse pas d'eux (comme de nous d'ailleurs), des dentistes au rabais, des dentistes de deuxième classe, comme l'a dit excellemment notre confrère BENOIST dans un récent article.

De la conservation de *toute* la valeur de notre titre sur le plan moral, découlera bien des incidences :

SUR LE PLAN MATÉRIEL. — Nous n'en voulons pour exemple que la *bataille du K et du D* dans la tarification des prestations d'Assurances sociales ; bataille qui semble se prolonger, mais dont les chirurgiens-dentistes sortiront amoindris, puisqu'on

n'a trouvé, pour y mettre un terme, qu'une solution : *la limitation de la capacité professionnelle* du chirurgien-dentiste.

Les stomatologistes ont, sans doute, actuellement raison de défendre leurs droits. Ils ne sont pas des demi-médecins et le K stomatologiste doit avoir la même valeur que le K des autres spécialités médicales. Mais les soins donnés par le chirurgien-dentiste ne sont pas des *demi-soins*. La seule solution est de hausser le D à la valeur du K. Les Caisses n'auraient-elles pas compris que les soins dentaires constituent pour elles un véritable *placement thérapeutique*, une assurance contre d'autres maladies ?

Je ne suis pas de ceux qui pensent que cette querelle K-D est savamment entretenue dans des buts plus lointains.

Je vous rappelle qu'en 1943, le Dr Hulin à la tête d'une Commission à laquelle j'ai eu l'honneur d'appartenir, avait réussi à faire ajourner cette fâcheuse limitation de la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste, limitation qui ferait de nous des « dentistes de deuxième classe » sans doute, mais qui privera aussi la population de soins qu'une minorité professionnelle pour active qu'elle soit, ne suffira à lui dispenser. Quand il y aura en France, 8.000 stomatologistes et 800 chirurgiens-dentistes, on pourra sans doute reconsidérer le problème !

La passivité des chirurgiens-dentistes devant cette situation constituera un encouragement pour leurs adversaires. Faudra-t-il qu'ils soient durement touchés dans leurs intérêts purement pécuniaires pour qu'ils sortent de cette indifférence ? Cela ne saurait tarder.

A une époque où l'on entend justement répéter : « *à travail égal, salaire égal* », il est stupéfiant de tolérer que les caisses d'Assurances sociales remboursent à des taux inégaux des soins identiques qui ne diffèrent qu'en ce qu'ils sont administrés par un stomatologiste (donc cotée en K = 80 fr.) ou par un chirurgien-dentiste (donc cotés en D = 60 fr.)...

Ainsi, menacé par en haut, le chirurgien-dentiste est aussi menacé par en bas. Il est, en effet, à craindre que, dans le but de fournir aux nombreux « *dispensaires* » (dont la création prochaine est très sérieusement étudiée par les hautes sphères de la «*Sécurité Sociale* ») le personnel nécessaire, nos mécaniciens se voient accorder, parmi d'autres avantages, le droit à la prise d'empreintes, le droit d'association avec le chirurgien-dentiste, etc...

On se demande avec effarement à quels mobiles, autres que de politique générale, obéissent les initiateurs d'une telle « *évolution régressive* », car s'ils affichent un mépris qu'ils croient être de bon ton à notre égard, à nous les « *dentistes de deuxième classe* », quelle sera leur attitude envers ces « *futurs sous-dentistes de dixième ordre* ».

Ces mesures envisagées sont-elles réellement aussi inquiétantes que certains pessimistes veulent le dire ?

Dans l'ignorance absolue de l'activité de notre Ordre et de nos Syndicats dans lesquels nous sommes en grande majorité, maintenus par l'absence de communiqués émanant de ces organismes, nous ne pouvons que souhaiter d'être, un jour, rassurés.

A la trompeuse euphorie des deux dernières années, due à une circulation effrénée des billets, semble devoir succéder une période plus difficile, provoquée par l'ascension des prix, d'autant que les augmentations, en progression arithmétique, *de nos tarifs d'honoraires*, sont loin de contrebalancer les cascades d'augmentation, en progression géométrique, que nous avons à subir.

Tant et si bien que « *l'unité de travail professionnelle* » voit son pouvoir d'achat s'amenuiser de jour en jour. Le praticien sera-t-il donc astreint à fournir un nombre de plus en plus grand de ces « unités de travail » pour subvenir à ses besoins ?

L'augmentation de nos frais professionnels a dû faire réfléchir beaucoup d'entre vous. Quelques-uns nous ont fait part de leurs alarmes, que nous transmettrons aux dirigeants de notre Ordre et de nos Syndicats. Mais le problème semble complexe si l'on songe au nombre de personnes qui vivent du travail fourni par les 9.000 praticiens exerçant. En plus de nos employés directs, mécaniciens et assistantes, songez à la cohorte des fournisseurs, fabricants ou revendeurs, mécaniciens-façonniers, intermédiaires divers, que nous voyons se multiplier autour de nous. Le dur labeur des praticiens pourra-t-il faire vivre longtemps encore ces nombreux « para-dentaires » ? qui dépendent effectivement de nous et à la remorque desquels nous semblons être trop souvent. Le fournisseur, fabricant ou revendeur, nous impose, *souvent*, en effet, ses nouveautés, nous pousse à suivre une « mode », mais nous impose, *toujours*, ses prix.

Ce chapitre des prix (certaines fournitures, certains appareillages, ont quintuplé depuis la libération) mériterait, à lui seul, un long développement. Nos syndicats s'en occuperont sans doute, espérons-le du moins ! Mais en admettant que les frais professionnels du chirurgien-dentiste soient un jour amenuisés par une rationalisation de la *production* et une meilleure « *distribution* », sous l'impulsion par exemple, d'une coopérative digne de ce nom, il est à craindre que l'augmentation des revenus qui en résultera ne sera pas suffisante pour assurer la sécurité de nos vieux jours.

Ce qu'il nous a été donné de voir, fait à votre secrétaire général l'impérieux devoir de souligner la situation tragique dans laquelle vont se trouver nos confrères atteints par la « limite d'âge ». Cette limite, essentiellement variable, dépend uniquement de la résistance physique du praticien. Malheur au vaincu qui ne pourra travailler jusqu'à son dernier souffle...

J'exagère ? ?

Quelques exemples :

— Le plus illustre : un de nos plus distingués confrères, après une vie de labeur consacrée en grande partie à notre Groupement, — vous l'avez déjà reconnu — doit être l'objet d'une manifestation « charitable » de la F. D. N. Le mot est peut-être brutal, je m'en excuse... mais il est douloureusement exact.

— Vous avez pu lire, il y a quelques semaines, dans le *Concours Médical*, la navrante histoire d'un médecin qui, ayant été pendant quarante ans médecin de l'hôpital hospice de la ville où il exerçait, se trouve, avec sa compagne (à la suite de la guerre et de malheurs personnels) dans un dénuement total... On lui refuse, *car il n'a jamais été salarié*, de finir ses jours comme pensionnaire dudit hôpital-hospice...

— Une de nos consœurs, plus que sexagénaire, nous écrit que se trouvant absolument sans ressources elle a dû se placer « au pair » chez un vieillard infirme presque aussi pauvre qu'elle et dont la disparition la privera d'un gîte et d'une table qui, pour être misérables, ont, tout de même, le mérite d'exister.

Voilà où nous en sommes, médecins ou dentistes, nous, des « hautes professions », dites professions libérales.

Tout le monde ne peut avoir la chance d'être « salarié », ou plus exactement « jeune salarié » car les « vieux travailleurs » bénéficient bien d'une retraite, mais si minime...

Aussi, il nous apparaît stupéfiant que nos organismes dirigeants médicaux et dentaires, qui n'ont pu mettre sur pied un *système de retraite* satisfaisant, n'aient songé à obtenir des Pouvoirs Publics quelques avantages substantiels.

La Sécurité Sociale (ex-Assurances sociales) ne peut fonctionner en ce qui concerne l'Assurance-maladie que grâce à notre travail de fonctionnaires-paperassiers non rétribués. N'aurons-nous pas, durant notre vie professionnelle, signé assez de feuilles, rempli assez de préavis, répondu à suffisamment de « questionnaires », pour que les *organismes de Sécurité Sociale* récompensent les indispensables auxiliaires que nous aurons été pour eux. Cela serait justice.

Bien au contraire, il semble que nous devrons, prochainement, payer pour nous-mêmes la double cotisation patronale et ouvrière. En échange de quoi, nous ne bénéficierons pas de l'Assurance-maladie ! On croit rêver !

Nous n'hésitons pas à affirmer que les Assurances sociales se doivent, en échange des services que nous leur rendons, de nous traiter comme les employés... obligatoires, contrôlés et responsables que nous sommes pour elles.

*
* *

Solliciter de nos organismes professionnels légaux qu'ils informent la profession dentaire de leur activité qui demeure, pour la plupart d'entre nous, ignorée ; leur faire entendre, de temps à autre, la voix de la profession ; leur faire connaître ses craintes, ses espoirs, ses aspirations ; tels demeurent, je pense, le rôle et la raison d'être de notre association, la doyenne de nos associations professionnelles.

Je pense ne pas dépasser ce rôle et cette raison d'être, en soulignant, pour terminer :

1° que si, depuis le début du siècle, la Société, dans son aveugle besoin d'assistance et de protection a follement entrepris de plier aux règles du fonctionnarisme une profession (la profession médicale et, partant, la profession dentaire) qui n'atteint son véritable objet que dans la confiance mutuelle, le libre consentement, l'indépendance ; les lois d'hygiène, les lois de préservation sociale, bref, les abus de *l'étatisme* ont failli compromettre et menacent encore gravement l'exercice de cette profession fondée sur les vertus individuelles et le juste sentiment de la conscience responsable.

2° qu'il est navrant qu'au terme d'une vie de travail, le professionnel libéral ne puisse être assuré de terminer ses jours dans l'aisance et la dignité.

3° qu'il est indispensable que « dans l'incertaine et confuse époque où force nous est de vivre, les tenants, les gardiens des « hautes professions » dites professions libérales doivent, chaque fois que la nécessité parle, examiner d'un œil attentif, les événements, les circonstances, les courants de l'opinion comme les travaux du législateur.

Toutes ces constatations sont empruntées à Georges Duhamel qui me fournira aussi la conclusion de cet exposé trop long sans doute bien qu'encore incomplet :

« Rien ne m'empêchera de penser qu'un peuple qui consent à la déchéance de ses « élites se fait une très médiocre idée de sa propre élévation. »

LA PROFESSION DENTAIRE VUE PAR LE VOISIN

Afin de délasser nos lecteurs, nous soumettons à leurs méditations l'article suivant publié dans le *Concours Médical* du 16 novembre 1946, sous la rubrique : « Le Mot du Lecteur » et intitulé :

LES BONNES REVALORISATIONS

Les magistrats se plaignent qu'on les ait oubliés, que leurs traitements restent aux environs de celui du gardien de la paix. Ils en demandent la revalorisation, motif pris, comme ils disent, de ce qu'il est plus difficile de juger que de régler la circulation à un carrefour.

Nous connaissons mal la question. Aussi bien n'est-ce là qu'une introduction à notre sujet. Ce que nous connaissons bien, par contre, c'est notre profession. Elle nous a coûté assez de veilles et d'argent, elle exige de nous une attention de tous les instants, elle engage notre responsabilité, et quelle responsabilité ! Or, quels que soient nos peines et nos résultats, nous avons droit pour une consultation à 90 francs d'honoraire ; pour une visite à 110 francs. Encore ces chiffres sont-ils réduits de 20 % quand le débiteur est l'Etat (Art. 64 et A.M.G.).

Quels petits enfants nous sommes, auprès des chirurgiens-dentistes. Comme ils ont su, eux, obtenir la revalorisation de leurs honoraires ! Ne parlons pas de leurs tarifs de prothèse, on nous répondrait que la prothèse est un art, et qu'une Œuvre d'art est inestimable. Mais une extraction de dent à 125 francs, voilà qui s'appelle mettre en valeur ses capacités ?

Voyons : nous savons, nous aussi, arracher des dents. Cela nous demande une ampoule d'anesthésique (2 fr.), l'usage d'une seringue, d'un davier, et cinq minutes de bracelet-montre. Quand la dent est dans le seau à pansements, alors commence notre embarras. Quel honoraire prendrons-nous à notre patient ? Si nous appliquions le tarif « dentiste » à un A. S., que dirait le médecin-contrôleur des A. S. ? Sans doute observerait-il que nous ne sommes que médecins, que c'est là une opération de petite chirurgie, justiciable du tarif P. C. 1, chiffré à 60 francs. Et il n'aurait pas tout à fait tort, si l'on considère que le travail ne nécessite ni connaissances approfondies, ni responsabilité sérieuse.

Il nous souvient qu'avant la guerre les syndicats de chirurgiens-dentistes bataillaient pour contraindre certains de leurs confrères dissidents à faire payer 10 fr. une extraction que ceux-ci pratiquaient pour cent sous. Les compétences qui président à l'établissement des tarifs ont mis fin à ces petites divergences : 125 francs, coefficient 12,5 d'augmentation.

Nous avons l'air fin avec nos 80 francs la consultation !

« Qui vous empêche », nous souffle un démon familier, d'entrer dans leur honorable corporation ? Abandonnez donc à d'autres les soucis, les risques et les nuits blanches. Ne soyez plus ennemis de votre amour-propre et de vos intérêts. »

Hé, là, j'en connais et des meilleurs, qui sont bien près de se laisser tenter.

Dr F.

NÉCROLOGIE

PAUL VANEL (1880-1946)

Nous avons le chagrin d'annoncer la mort d'un de nos précieux collaborateurs, le Dr Paul VANEL, qui vient de mourir à 66 ans, dans sa propriété de Méry-sur-Marne (S.-et-M.).

Issu d'une vieille famille bellevilloise, qui remontait à cette époque lointaine où Belleville n'était encore qu'une campagne réputée des environs de Paris, VANEL fit ses études médicales, mais s'orienta de bonne heure vers l'art dentaire, si bien qu'en 1906, en même temps qu'il passait sa thèse de doctorat en médecine sur *Les accidents de la première dentition*, il obtenait le Diplôme de l'Ecole Dentaire de Paris.

Entré dans le Corps enseignant de l'Ecole comme démonstrateur en 1907, il en était nommé chef de clinique de dentisterie opératoire en 1909.

Il donna à la *Société d'Odontologie de Paris* nombre de communications intéressantes, notamment sur le *Traitement des névralgies de la cinquième paire*, et sur le *Traitement de la carie* dans ses divers degrés, sujets qui furent l'un et l'autre l'objet de sa part de plusieurs travaux remarqués ; il présenta également quelques observations cliniques de cas intéressants. Il avait bien voulu accepter de faire pour notre journal la *Revue Analytique* de tous les journaux français et nos lecteurs ont pu, depuis de longues années, juger du soin et de la conscience avec lesquels il s'acquittait de cette besogne délicate ; c'est une grande perte pour *L'Odontologie* qui tient à adresser à sa mémoire un souvenir particulièrement reconnaissant pour sa longue et précieuse collaboration.

Membre du Conseil d'administration de la Société Coopérative des Dentistes de France pendant 32 ans, il en avait été nommé Secrétaire Général et, à ce titre, il s'occupa d'une façon extrêmement active de l'administration de cette Société qui bénéficia largement de ses grandes qualités de méthode et de compétence des affaires commerciales. En tant que président de la Coopérative, je lui dois un témoignage de profonde reconnaissance pour sa très longue et si fructueuse collaboration que la maladie l'avait forcé à abandonner il y a quelques années.

Mobilisé en 1914, il avait obtenu la Croix de guerre ainsi que la *Military Cross*, pour les grands services qu'il avait rendus dans les différents postes qu'il avait occupés et il avait été enfin fait Chevalier de la Légion d'Honneur au titre militaire.

VANEL emporte avec lui la sympathie et l'estime de tous ceux qui l'ont connu et c'est en leur nom à tous que j'adresse l'expression de notre bien douloureuse sympathie à Mme VANEL et à ses enfants et en particulier à son fils François, notre confrère, membre du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris.

Maurice ROY.

Nous apprenons avec une vive peine la mort, à 80 ans, de notre vieux confrère M. Armand EUSTACHE (de Tonnerre), membre depuis toujours de notre Groupement, qui avait l'estime et la sympathie de tous ceux qui l'ont connu.

Que sa fille, Mme HEMMERLÉ-EUSTACHE, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris et Membre du Conseil de Direction, veuille bien trouver ici l'expression de notre douloureuse sympathie pour le deuil cruel qui la frappe.

NOUVELLES

PRIX MAGITOT. — Nous sommes tout particulièrement heureux d'annoncer que l'Académie de Médecine vient d'attribuer le *prix Magitot* à notre confrère André Rigault, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour son travail sur : *Dents et Tuberculose*, fait au Sanatorium de Bligny.

Tous les chirurgiens-dentistes se réjouiront de cette haute récompense attribuée à l'un d'eux.

AVIS

Le Conseil d'Administration de l'**ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE**, réuni le samedi 14 décembre 1946, a examiné les différentes modalités d'action de l'Association dans les circonstances actuelles.

Les principales questions étudiées ont été la propagande pour le recrutement, aussi étendue que possible, et les répercussions financières des charges actuelles de la Trésorerie.

En conséquence, il a été décidé de porter la cotisation, pour l'année 1947, à **300 francs**, cette somme représentant approximativement les frais du service de *L'Odontologie* à tous les membres.

MINISTÈRE DES ARMÉES. — *Décret n° 46-2305 du 21 octobre 1946, portant attribution d'une indemnité spéciale de technicité aux médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires relevant du service de santé militaire.*

Le Président du Gouvernement provisoire de la République, sur le rapport du Ministre des Armées, du Ministre de la France d'outre-Mer et du Ministre des Finances ; vu la loi du 2 novembre 1945 portant organisation provisoire des pouvoirs publics ; vu l'ordonnance n° 45-1380, du 23 juin 1945, portant réforme générale du régime de solde militaire et assimilés des armées de terre, de mer et de l'air, et les décrets pris pour son application ; le Conseil des Ministres entendu,

Décrète :

Article premier. — A titre exceptionnel et provisoire, les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires de l'armée active, ou servant en situation d'activité au-delà de la durée légale du service, appartenant aux armées de terre (métropolitaines et coloniales), de mer et de l'air, reçoivent, en raison de leurs diplômes particuliers, une indemnité spéciale de technicité fixée à 36.000 francs par an, pour compter du 1er septembre 1946.

Art. 2. — L'indemnité spéciale de technicité est acquise du jour où les intéressés sont pourvus du doctorat en médecine, du doctorat vétérinaire ou des diplômes de pharmacien ou de chirurgien-dentiste.

Elle est allouée, réduite ou supprimée dans les mêmes conditions que la solde d'activité.

L'indemnité est maintenue dans les positions régulières de présence (congé, permission, hôpital) et pendant les déplacements temporaires.

Toutefois, elle n'est pas due en congé de longue durée pour tuberculose ouverte, ni en congé en instance de retraite ou de réforme.

Art. 3. — Le Ministre des Armées, le Ministre de la France d'outre-Mer et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 octobre 1946.

Par le Président du Gouvernement provisoire de la République : Georges BIDAULT.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, Ministre des armées par intérim :
Pierre-Henri TEITGEN.

Le Ministre des Finances : SCHUMAN.

Le Ministre de la France d'outre-Mer : Marius MOUTET.

AU GUATÉMALA. — Le premier laboratoire pour la prévention de la carie dentaire en Amérique Centrale vient d'être organisé au Guatémala par le Professeur Hermann Becks sur le modèle de celui dirigé par lui à l'Ecole Dentaire de l'Université de Californie.

UN INSTITUT DE RECHERCHES DENTAIRES AUX ÉTATS-UNIS. — Aux Etats-Unis, le Sénat vient de voter un crédit de deux millions de dollars pour la création d'un Institut de recherches dentaires.

Ce bill sera contrôlé par *l'American Dental Association.*

Une citation. — Une citation élogieuse et le *Army dental Commendation* ont été accordés au Major Kerniot G. Knudtzon, dentiste militaire, pour ses recherches sur les problèmes dentaires particuliers dans l'Armée de l'air.

Un dentiste Américain reçoit la Croix de Guerre en récompense de ses services pendant la libération de la France. (*Journal of the American Dental Association,* 15 juillet 1946).

William S. Parker, Salem, Oregon, a reçu la Croix de Guerre avec Etoile d'Argent des mains du Gouvernement Provisoire de la France pour « service de guerre exceptionnels » rendus en tant que chirurgien-dentiste du 15e Groupe de Cavalerie pendant la libération de la France.

Le Dr Parker a servi sur le théâtre européen de mars 1944 à janvier 1946 et fut deux fois décoré de l'Etoile de Bronze. Il fut démobilisé le 26 avril avec le rang de Major.

Le Dr Parker est diplômé du *North Pacific Dental College,* Portland, Oregon.

EN AFRIQUE DU SUD. — Il y a en Afrique du Sud, une très notable augmentation du nombre des étudiants dentistes et cela crée de grosses difficultés au point de vue de l'enseignement ; malgré l'élimination de nombreuses demandes d'inscription, l'école dont l'enseignement est organisé pour 200 élèves, se trouve dans la nécessité d'en admettre 350 ; aussi la Section de Capetown de la *British Dental Association* demande-t-elle la création d'une seconde école dentaire dans cette ville.

Mariages. — Le mariage de M. Guy Joly, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jacqueline Beauchamp, a eu lieu le 14 novembre 1946, à Paris.

Le mariage de M. Jean Courtois, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Christiane Josse, a eu lieu le 30 novembre, à Paris.

Le mariage de M. Jacques Lozé, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Marguerite Heimerdinger, a eu lieu à Arcueil, le 9 octobre 1946.

Le mariage de M. Michel Haon avec Mlle Janine Capis, tous deux élèves à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu, le 3 décembre 1946.

Le mariage de M. Pierre Canonge, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Huguette Vigier, a eu lieu le 2 décembre 1946, à Evreux.

Le mariage de M. Georges Adrian, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Elise Delaruelle, a eu lieu à Saint-Germain-en-Laye, le 28 décembre 1946.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — Françoise et Alain Le Cléach nous ont annoncé la naissance de leur petite sœur Monique, fille de M. Le Cléach, chirurgien-dentiste, à Roscoff (Finistère), membre de notre Groupement.

Mme et M. Richeux, chirurgien-dentiste, à Tours, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fille Catherine.

Marie-Dominique Dirheimer nous a annoncé la naissance de sa petite sœur Françoise, fille de M. et Mme Dirheimer, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, le 7 novembre 1946.

M. Henri Brun, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur seconde fille, Catherine, le 14 novembre 1946.

Pierre et Jacques Blais nous ont annoncé la naissance de leur petit frère, Michel, fils de M. Blais, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, le 24 novembre 1946.

M. Manuel Orenstein, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fils Maurice, le 30 novembre 1946.

Nos félicitations.

AVIS

ASSURANCES AUTOMOBILES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction de 15 % sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire de : 10 % après un an sans sinistre ; 15 % après deux ans sans sinistre ; 20 % après trois ans sans sinistre ; ce qui réduit la prime d'environ un tiers.

ASSURANCES INDIVIDUELLES

Une police Individuelle-Accidents, conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple, atteignent 100 % du capital assuré.

Les Membres désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

Index Alphabétique des Matières

pour l'Année 1946 (1)

A

B

C

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

Table Méthodique des Matières
pour l'Année 1946 (1)

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

RÉUNIONS ET CONGRÈS.

REVUE ANALYTIQUE.

REVUE DES LIVRES.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Société d'Odontologie de Paris.

Société Odontologique de France.

Société de Stomatologie de France.

Société d'Odontologie et de Stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Société Stomato-Odontologique du Nord de la France.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Noms d'Auteurs (1)

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.